

Johanna Rellman

Erikoislääkäri- ja erikoishammas- lääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	7.10.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Johanna Rellman	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimitilimen asettamispäivä
	-

Muiston nimi

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030

Tiivistelmä

■ Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen koordinaatiojaoston tavoite on ohjata koulutusta väestön ja palvelujärjestelmän tarpeiden mukaisesti. Ohjaustyötä varten on tässä selvityksessä laadittu arvio erikoisalakohtaisesta erikoislääkärien- ja erikoishammaslääkärien koulutustarpeesta vuoteen 2030.

Arviossa on huomioitu lääkärikunnan eläköitymisen, alojen lääketieteellisen kehityksen ja lääkärin liikkuvuuden lisäksi mm. Suomen alueellinen väestönkasvu ja sairastavuustiedot. Ulkomaila opiskelu ja työvoiman kansainvälinen muuttoliike on lisääntynyt ja lääkärin työpanokseen vaikuttaa myös mm. osa-aikatyön yleistyminen.

Erikoislääkärien koulutustarve v. 2030 mennessä on tämän selvityksen perusteella n. 600 erikoislääkäriä/vuosi. Ikääntyvien lääkärin pysymistä työelämässä tulee voimakkaasti tukea. Erikoislääkärien kokonaismäärä kasvaa 2020-luvulla selvästi aiempaa hitaammin, koska eläköityvät ikäluokat ovat suuria. 2030-luvulle tultaessa erikoislääkärimäärän kasvu kiihtyy huomattavasti. Ylikoulutuksen estämiseksi tulisi lääkärin ja hammaslääkärien peruskoulutusta todennäköisesti vähentää v. 2020 alkaen.

Merkittävin erikoislääkärikoulutuksen lisäystarve on Itä-Suomen yliopiston alueella. Erikoisalakohtaisesti arvioituna fysiatrian, keuhkosairauksien, psykiatrian ja laboratoriolääketieteen koulutusmäärät tulisi jopa kaksinkertaistaa. Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta tulisi lisätä osana perusterveydenhuollon vahvistamista. Koulutusta tulisi vähentää ortopediassa, plastiikkakirurgiassa ja silmätaudeilla.

Erikoishammaslääkärien osuuden säilyttäminen n. 15 %:ssa kokonaishammaslääkärimäärästä edellyttää nykyisen koulutuksen lähes kaksinkertaistamista eli n. 40 uutta erikoishammaslääkäriä vuosittain. Tavoitteena tulisi olla hammaslääkäri työvoiman alueellinen tasapaino.

Meneillään olevat sosiaali- ja terveydenhuoltouudistukset ja yhteiskunnan taloudellinen kehitys vaikuttavat lääkäritarpeeseen. Tämän vuoksi koulutustarveselvitys tulisi toistaa määrävuosin arviointimenetelmää kehittämällä, jotta toimintaympäristön muutokset voidaan huomioida ajoissa. Työvoimaennusteiden avulla tulee välttää jyrkkää jo-jo-efektiä lääkärikoulutuksen sisäänottomäärien muutoksissa.

Asiasanat

Erikoislääkärit, erikoishammaslääkärit, koulutus, jatkokoulutus, ammatillinen jatkokoulutus, väestö, palvelujärjestelmä, eläköityminen, sosiaali- ja terveydenhuolto, työvoima, yliopisto

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:57 ISSN-L 2242-0037 ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu) ISBN 978-952-00-3839-7 URN:ISBN:978-952-00-3839-7 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3839-7	Muut tiedot www.stm.fi Kokonaissivumäärä 127	Kieli Suomi
---	---	----------------

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	7.10.2016
Författare	Uppdragsgivare
Johanna Rellman	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	-

Rapportens titel

Utvärdering av utbildningsbehovet av specialistläkare och specialisttandläkare fram till år 2030

Referat

■ Målet för samordningssektionen för specialistläkarutbildning och specialisttandläkarutbildning är att styra utbildningen enligt befolkningens och servicesystemets behov. I denna utredning har man gjort en utvärdering av utbildningsbehovet av specialistläkare och specialisttandläkare per specialområde fram till år 2030.

I utvärderingen har man beaktat förutom pensioneringar inom läkarkåren, den medicinska utvecklingen inom områdena och rörligheten bland läkarna även bl.a. den regionala befolkningstillväxten i Finland och uppgifter om sjukfrekvens. Studier utomlands och arbetskraftens internationella flyttningsrörelse har ökat och läkarnas arbetsinsats påverkas även av att bl.a. deltidsarbete har ökat.

Utbildningsbehovet av specialistläkare fram till år 2030 är enligt denna utredning ca 600 specialistläkare/år. Man bör kraftfullt stöda att äldre läkare stannar kvar i arbetslivet. Det totala antalet specialistläkare ökar klart långsammare under 2020-talet eftersom de åldersklasser som går i pension är stora. På 2030-talet ökar antalet specialistläkare avsevärt. För att förebygga överutbildning bör grundutbildningen för läkare och tandläkare sannolikt minskas från och med år 2020.

Det största behovet att öka specialistläkarutbildningen finns inom Östra Finlands universitets område. Enligt en bedömning bör utbildningsvolymen per specialområde för fysiatri, lungsjukdomar, psykiatri och laboratoriemedicin till och med fördubblas. Specialistläkarutbildningen inom allmänmedicin bör ökas som en del i att stärka primärvården. Utbildningen inom ortopedi, plastikkirurgi och ögonsjukdomar bör minskas.

Att bevara specialisttandläkarnas andel vid 15 % av det totala antalet tandläkare förutsätter att den nuvarande utbildningen nästan fördubblas, dvs. ca 40 nya specialisttandläkare årligen. Målet bör vara regional balans i tandläkararbetskraften.

De pågående social- och hälso- och sjukvårdsreformerna och den ekonomiska utvecklingen i samhället inverkar på behovet av läkare. Därför bör utredningen om utbildningsbehov upprepas med bestämda mellanrum genom att utveckla utvärderingsmetoden för att förändringarna i samhället ska kunna beaktas i tid. Med hjälp av arbetskraftsprognoser bör man undvika en jojo-effekt när man gör ändringar av antalet som antas till läkarutbildningen.

Nyckelord

Specialistläkare, specialisttandläkare, utbildning, påbyggnadsutbildning, yrkesinriktad påbyggnadsutbildning, befolkning, servicesystem, pensionering, social- och hälsovård, arbetskraft, universitet

Social- och hälsovårdsministeriets
rapporter och promemorior 2016:57
ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (online)
ISBN 978-952-00-3839-7
URN:ISBN:978-952-00-3839-7
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3839-7>

Övriga uppgifter

www.stm.fi/svenska

Sidoantal

127

Språk

Finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

DOCUMENTATION PAGE

Publisher	Date
Ministry of Social Affairs and Health, Finland	7.10.2016
Authors	Commissioned by
Johanna Rellman	Ministry of Social Affairs and Health
	Date of appointing the organ
	-

Title of report

Assessment of the need for specialist training in medicine and dentistry until 2030

Summary

■ The objective of the division for the coordination of medical and dental specialist training is to direct the training as indicated by the needs of the population and the service system. To serve this purpose, this report contains an estimate of the needs to train medical and dental specialists until 2030.

In addition to retirements, medical development in these fields and the mobility of doctors, the estimate also takes into account such factors as regional demographic trends in Finland and morbidity data. International student and labour mobility have increased, and the work input of doctors is also influenced by the fact that part-time work is becoming more common.

The report indicates that some 600 specialists a year need to be trained by 2030. Ageing doctors should be strongly supported in extending their careers. The increase in the total number of specialists will slow down clearly in the 2020s, as the retiring age classes are large. There will be a considerably faster increase in the number of specialists in the 2030s. To prevent the training of excessive numbers of specialists, it is likely that the intake numbers in basic medical education for doctors and dentists should be reduced from 2020 on.

The need to increase specialist training is the most urgent in the area of the University of Eastern Finland. In such specialist fields as physiatry, pulmonary diseases, psychiatry and laboratory medicine, the intake should be increased and even doubled. More specialists in general medicine should be trained as part of building up primary health care. In orthopaedics, plastic surgery and ophthalmology, the intake should be reduced.

In order to ensure that the rate of specialists remains at 15% of the total number of dentists, the current intake numbers need to be nearly doubled; in other words, some 40 new dental specialists need to be trained annually. The objectives in dental medicine should also include achieving a regional balance of labour force.

The need for doctors is influenced by the on-going social welfare and health care reform and Finnish society's economic development. Consequently, a report on training needs should be produced periodically, and the evaluation method should be developed to ensure a timely response to changes in the operating environment. Labour forecasts should be relied on to avoid yo-yo effects in the intake numbers to medical education.

Key words

Specialised doctors, specialised dental practitioners, education, continuing education, continuing professional education, population, service system, retirement, healthcare and social welfare, labour force, university

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2016:57
ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (online)
ISBN 978-952-00-3839-7
URN:ISBN:978-952-00-3839-7
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3839-7>

Other information

www.stm.fi

Number of pages

127

Language

Finnish



MINISTRY OF
SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
Finland

SISÄLLYS

1	Johdanto	6
2	Arvioinnin tavoitteet.....	8
3	Yhteenveto selvityksen tuloksista	9
4	Arviointimenetelmän kuvaus	19
5	Arvioinnin taustaa.....	20
5.1	Työvoimaennakointi ja -ohjaus Euroopassa	20
5.1.1	Erikoislääkärikoulutus.....	21
5.1.2	Erikoishammaslääkärikoulutus	22
5.2	OKM:n tutkintotavoitteet 2020-luvulle.....	23
6	Koulutustarvearviointiin vaikuttavat tekijät	24
6.1	Lääkärimäärien kehitys ja eläköityminen.....	24
6.2	Hammaslääkärimäärien kehitys ja eläköityminen.....	28
6.3	Erikoisalan tämänhetkinen lääkärivaje	31
6.4	Erikoisalan lääketieteellinen kehitys	32
6.5	Yliopiston koulutus omalle alueelleen.....	33
6.6	Väestön sairastavuus	34
6.7	Väestönkasvu, väestörakenne ja muuttoliike.....	36
6.8	Yhteiskunnan taloudellinen kehitys	39
6.9	Terveystieteiden rakenteelliset muutokset	40
7	Erikoisalakohdat koulutustarvearviot.....	41
7.1	Erikoislääkärit	41
7.2	Erikoishammaslääkärit	78
8	Lausuntokierros.....	88
9	Lähteet	91
10	ERIKOISALAYHDISTYSTEN KYSELYVASTAUKSET	93

1 JOHDANTO

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämisestä on Suomessa keskusteltu vilkkaasti viime vuosina. Keskustelun avaaja oli v. 2007 STM:n julkaisema Puolijoen-Tuulosen raportti (STM selvityksiä 2007;47), jossa todettiin nykyisessä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksessa olevan useita kehittämiskohteita ja painotettiin koulutuksen valtakunnallisen ohjauksen tarvetta.

Myös erikoislääkärikoulutustyöryhmän v. 2011 julkistama loppuraportti ”Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet” ehdotti terveydenhuoltolaissa säädettäväksi lääkärien ja hammaslääkäreiden valtakunnallisesta koordinaatioelimestä, jonka tehtävänä olisi ohjata erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta. Tavoitteena tulisi olla erikoislääkärikoulutuksen ohjaus tulevaisuudessa siten, että koulutusmäärät vastaavat väestön ja palvelujärjestelmän erikoisala- ja aluekohtaisia tarpeita. Koulutettavien näkökulmasta koulutusohjelmien oikeudenmukaiset valintakäytännöt ja laadukas, yksilöllinen, työelämän tarpeita vastaava koulutus on uudistuksen tavoite. Vastuu erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sisällöstä, laadusta ja koulutettavien valinnasta olisi tulevaisuudessa edelleen koulutusta antavilla yliopistoilla.

OKM tuki sosiaali- ja terveysministeriön selvitystyötä julkaisemassaan koulutuksen ja tutkimuksen kehityssuunnitelmassa vuosille 2011–2016 ja esitti, että erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen hallinnollinen ohjaus siirretään sosiaali- ja terveysministeriöön ja koulutuksen rahoitusta selkeytetään osana EVO-koulutusrahoituksen uudistusta, jotta STM:n mahdollisuudet ohjata erikoislääkärikoulutusta ja sen mitoitusta vahvistuvat (OKM julkaisuja 2012;1). Ohjausvastuun siirron valmisteli ns. siirtotyöryhmä (STM raportteja ja muistioita 2013;46).

Hallintovastuun siirto toteutui 1.2.2015 ja uusi asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta tuli voimaan ilman siirtymäaikaa.

Edellisessä v. 2012 annetussa asetuksessa oli jo perustettu kaksi uutta erikoisalaa, akuuttilääketiede ja hammaslääketieteellinen diagnostiikka sekä pidennetty radiologian ja lastenneurologian koulutus viidestä kuuteen vuoteen. Nyt voimassa olevassa asetuksessa säädetään, että erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäri- sekä yleislääketieteen erityiskoulutus ovat yliopistojen ammatillista jatkokoulutusta. Koulutusajasta vähintään puolet tulee suorittaa yliopistollisen sairaalan ulkopuolella ja tästä ajasta vähintään yhdeksän kuukautta terveyskeskuksessa. Nk. 50/50 sääntö ei asetuksen mukaan koske foniatrian, kliininen fysiologian ja isotooppi-lääketieteen, kliininen kemian, kliininen mikrobiologian, kliininen neurofysiologian, neurokirurgian, oikeuslääketieteen, perinnöllisyyslääketieteen, suu- ja leukakirurgian eikä syöpätautien koulutusta. Yliopisto voi myöntää erikoisalakohdaisesti luvan poiketa 2 momentissa säädetystä yliopistollisen sairaalan ulkopuolella suoritettavan koulutuksen kestoa koskevasta vaatimuksesta, jos keskussairaalat tai muut sairaalat eivät voi osoittaa koulutuspaikkaa kohtuullisen ajan kuluessa.

Varsinainen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus tapahtuu toimimalla erikoistuvana lääkärinä terveyspalvelujärjestelmässä. Koulutuspaikkojen määrä ja jakaantuminen ohjautuu virka- ja vakanssipohjien kautta eli yksittäisten sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten sen hetkisten tarpeiden ja resurssien mukaan. Yliopiston ja terveyspalvelujärjestelmän yhteistyötä varten lääketieteellisten tiedekuntien yhteydessä toimivat erityisvastuualueittain alueelliset neuvottelukunnat, joiden tarkoituksena on arvioida kunkin erityisvastuualueen erikoislääkärikoulutusta ja koulutuksen tarvetta.

Erikoistumiskoulutuksen ohjausta toteuttamaan STM perusti asetuksen mukaisesti 4/2015 terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunnan (TANK) alaisen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaoston.

Koordinaatiojaoston tehtävänä on:

- 1) valmistella erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä ja yleislääketieteen erityiskoulutuksen valtakunnallinen kehittämissuunnitelma (strategia), joka sisältää arvon tarvittavista erikoisalakohtaisista koulutusmääristä sekä koulutuksen sisällöistä suhteessa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tarpeisiin sekä avustaa yliopistoja ja sosiaali- ja terveysministeriötä erikoistumiskoulutusta koskevissa arvioinneissa;
- 2) koota tiedot erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärimäärien kehittymisestä alueellisilta neuvottelukunnilta ja arvioida alueellisia erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritarpeita;
- 3) tehdä aloitteita sekä antaa lausuntoja ja suosituksia erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sekä yleislääketieteen erityiskoulutukseen liittyvistä kysymyksistä;
- 4) kerätä ja välittää tietoa erikoislääkärikoulutuksen ja yleislääketieteen erityiskoulutuksen kansainvälisestä kehityksestä sekä;
- 5) tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle esityksiä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta

Tätä kehittämissuunnitelmaa varten STM antoi allekirjoittaneelle toimeksiannon ”Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030”.

2 ARVIOINNIN TAVOITTEET

Erikoislääkärien ja erikoishammaslääkärien erikoisalakohtainen ja alueellinen tilanne selvitetään STM:n alaisen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaoston työn tueksi.

Tavoitteena on:

1. luoda menetelmä, jonka avulla erikoisalakohtaista ja alueellista erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilannetta ja siihen liittyviä määrällisiä koulutustarpeita voidaan jatkossa arvioida määrävuosin koordinaatiojaoston tehtäviin kuuluvalla tavalla, sekä
2. arvioida luotua menetelmää hyödyntäen erikoisalakohtaiset ja alueelliset määrälliset erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärien koulutustarpeet vuoteen 2030.

3 YHTEENVETO SELVITYKSEN TULOKSISTA

Suomalaisessa erikoislääkärikoulutuksessa on käynnissä merkittävä muutosvaihe. STM:n alaisuuteen perustetun erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen koordinaatiojaoston tavoitteena on ohjata erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta tulevaisuudessa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeiden mukaisesti. Yliopistojen asemaa koulutuksen sisällön ja laadun valvonnassa sekä koulutettavien valinnassa halutaan vahvistaa. Koordinaatiojaosto laatii koulutuksen kehittämissuunnitelman, jonka pohjana toimivat hallintovastuun siirtoa valmistelleen työryhmän ehdotukset sekä tämä selvitys valtakunnallisesta, erikoisalakohtaisesta erikoislääkärien- ja erikoishammaslääkärien koulutustarpeesta vuoteen 2030.

Erikoislääkärien riittävyyden suomalaisessa terveydenhuollossa seuraavan 10 vuoden aikana ratkaisee ikääntyvien lääkärien pysyminen työelämässä. Vastavalmistuneita lääkäreitä tulee lähivuosina työmarkkinoille lisääntyvästi, mutta tässä selvityksessä arvioitun n. 600 uuden erikoislääkärin vuosittaiseen koulutusmäärään on mahdollista päästä vasta v.2020 jälkeen, kun viime vuosina opintonsa aloittaneet ovat erikoistumisvaiheessa. Koulutuksen ohjaaminen tulee siis toteuttaa mahdollisimman pian, jotta tällä hetkellä erikoislääkäripulasta kärsivien alojen tilanne ei entisestään heikkene.

Lääkärien peruskoulutuksen voimakas vähentäminen 90-luvun puolivälissä aiheutti sen, että 2000-luvun alussa uusia lääketieteen lisensiaatteja valmistui alle 400 vuodessa. Lähivuosien LL- tutkintomäärä tulee olemaan n. 600/vuosi ja v. 2020 alkaen uusia lääkäreitä valmistuu jo n. 700 vuodessa.

Lääkäriliiton seurannan mukaan n. 80 % lääkäreistä erikoistuu työuransa aikana. Tässä selvityksessä uusien erikoislääkärien kokonaiskoulutustarve on arvioitu maltillisesti peruskoulutus huomioiden. Lähivuosina uusien erikoislääkärien määrä tulee olemaan n. 500/v ja 2020-luvulla n. 600/v, mutta erikoislääkärimäärän lisäys on todellisesti tätä pienempi, koska osa tutkinnoista on ns. kaksoistutkintoja.

Erikoislääkärien kokonaismäärä kasvaa siis koulutuksen lisäämisestä huolimatta 2020-luvulla selvästi aiempaa hitaammin (n. 0,5 % vuodessa), koska suurten lääkäri-ikäluokkien eläköityminen on suurimmillaan v. 2020–28. Lääkärimäärän kasvu kuitenkin kiihtyy 2030-luvulle tultaessa selvästi, (n. 2 %:iin vuosittain), jos lääketieteen opiskelijoiden sisäänotto pysyy nykyisellä 750 tasolla. Suomen väestönkasvuksi on tulevaisuudessa ennustettu n. 0,4 %/vuosi. Suomalaisten, ulkomailla lääketiedettä opiskelevien määrä ja erikoislääkärien kansainvälinen muuttoliike on lisääntynyt ja tämä voi vaikuttaa koulutustarpeeseen. Ylikoulutuksen välttämiseksi tulisi lääkärien peruskoulutusta todennäköisesti vähitellen vähentää v. 2020 alkaen.

Hammaslääkärien peruskoulutusta on lisätty 2000-luvun alkupuolelta alkaen voimakkaasti (10 vuodessa sisäänottomäärät on kaksinkertaistettu). Hammaslääkärimäärä kasvaa eläköitymisaallon vuoksi hitaasti vielä seuraavat 10 vuotta, mutta sitten kasvu kiihtyy ja 2030-luvulle saavuttaessa työikäisten (alle 65-v) hammaslääkärien määrä nousee yli 5000:een. Erikoishammaslääkärien osuus kaikista työikäisistä hammaslääkäreistä on tällä hetkellä n. 15 %. Hammaslääkärien kokonaismäärässä on huomattavaa alueellista epätasapainoa ja hammaslääkärikunta on vahvasti naisvaltainen.

Aiempien selvitysten perusteella tiedetään, että nykyisillä koulutusmäärillä osa erikoisaloista kasvaa voimakkaasti ja osan lääkärimäärä vähenee. Lääkärien työpanokseen vaikuttaa alan naisvaltaistuminen ja osa-aikatyön yleistyminen. Tässä koulutustarvearviossa on nykyisen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikunnan eläköitymisen ja alojen tämänhetkisen lääkärivajeen lisäksi huomioitu alueellinen väestönkasvu ja – rakenne sekä lääkäreiden osalta myös sairastavuustiedot. Erikoislääkärien liikkuvuus on huomioitu erityisesti Kys- ja Oys-alueiden osalta ja lääkäritarvetta on peilattu yhteiskunnan taloudelliseen kehitykseen ja terveydenhuollon rakenteellisiin muutoksiin, jotka mahdollisesti vähentävät lääkäritarvetta.

Erikoisalayhdistysten näkemykset on otettu mukaan raporttiin. Erikoisalayhdistykset arvioivat oman alansa tulevaisuuden lääkäritarpeen nyt aiempia alueellisia arvioita maltillisemmin, pääosin 110–120 % nykytilanteeseen verrattuna. ¾ vastaajista kuitenkin arvioi, ettei alan nykyinen lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita ja alueellista epätasapainoa on suurimmalla osalla erikoisaloista.

Yliopistoittain tarkasteltuna Helsingin yliopiston koulutusmäärätavoite on tämän selvityksen perusteella tulevaisuudessa 202/vuosi (viime vuosina km. 190/vuosi), Turun yliopiston 95/vuosi (80/v) Tampereen yliopiston 122/vuosi (121/v), Itä-Suomen yliopiston 91/vuosi (67/vuosi) ja Oulun yliopiston 84/vuosi (73/v). Merkittävin lisäystarve on siis Itä-Suomen ja Oulun yliopistoissa perustuen mm. väestön sairastavuustietoihin ja lääkärin liikkuvuuteen. Pääkaupunkiseudun ennustettu 10 % väestönkasvu lisää alueen lääkäritarvetta.

Koulutustarvearvion keskeiset johtopäätökset:

- o Erikoislääkärien kokonaiskoulutustarve v. 2030 mennessä on n. 600 erikoislääkäriä/vuosi.
- o Ikääntyvien erikoislääkärien pysymistä mukana työelämässä tulee voimakkaasti tukea, koska em. koulutusmäärään ei peruskoulutus ja erikoislääkärikoulutuksen kes- to huomioiden vielä lähivuosina päästä.
- o Suurin suhteellinen lisäystarve viime vuosien koulutusmääriin nähden on fysiatriassa, keuhkosairauksissa, psykiatriassa sekä laboratoriolääketieteen aloilla (kl. farmakologia ja lääkehoito, kl. fysiologia, kl. kemia, kl. mikrobiologia, kl. neurofysiologia ja patologia). Näiden alojen nykyiset koulutusmäärät tulisi jopa kaksinkertaistaa.
- o Lisäkoulutustarvetta on myös foniatrian, gastroenterologian, lastenneurologian, lastenpsykiatrian, neurologian, nuorisopsykiatrian, perinnöllisyyslääketieteen, radiologian, reumatologian, suu- ja leukakirurgian, sydän- ja rintaelinkirurgian, syöpätautien, urologian ja yleiskirurgian erikoisaloilla.
- o Myös yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta tulisi merkittävästi lisätä osana perusterveydenhuollon vahvistamista.
- o Suurin suhteellinen koulutuksen vähennystarve on ortopediassa, plastiikkakirurgiassa ja silmätaudeilla.
- o Lievää koulutusmäärien vähentämistä tulisi tehdä myös anestesiologiassa ja mahdollisesti työterveyshuollossa.
- o Edellä olevat arviot koskevat erikoisalojen valtakunnallista koulutustarvetta – alueellinen tilanne vaihtelee ja se on kuvattu raportissa erikseen.
- o Hammaslääketieteen osalta 750 erikoishammaslääkäriä v. 2030 eli erikoishammaslääkärien osuuden säilyttäminen n. 15 % kokonaishammaslääkärimäärästä ja alueellinen työvoimatasapaino on asetettu tässä arviossa koulutuksen tavoitteeksi.
- o Tämä tavoite edellyttää nykyisen erikoishammaslääkärikoulutuksen lähes kaksinkertaistamista eli n. 40 uutta erikoishammaslääkäriä vuosittain.
- o Erikoishammaslääkärikoulutusta tulee lisätä erityisesti Tays:n ja Kys:n alueilla.
- o Erikoishammaslääkärikoulutusta tulee lisätä kaikilla hammaslääketieteen erikoisaloilla; suhteellisesti eniten kliinisen hammashoidon painotusaloilla ja oikomishoidossa.
- o Meneillään olevat sosiaali- ja terveydenhuoltouudistukset yhteiskunnan taloudellisen kehitys vaikuttavat lääkäritarpeeseen. Tämän vuoksi koulutustarveselvitys tulisi toistaa määrävuosin arviointimenetelmää kehittäen, jotta toimintaympäristön muutokset voidaan huomioida ajoissa.
- o Työvoimaennusteiden avulla tulee välttää voimakasta jo-jo-efektiä koulutuksen sisäänottomäärien muutoksissa.

Yhteenvedotaulukot

Alla oleviin yhteenvedotaulukoihin on koottu erikoisalakohittainen valtakunnallinen koulutus-tarve/vuosi ja yliopistokohtaiset arviot. Taulukoissa on merkitty vihreällä ne erikoisalat, joilla tämä selvityksen perusteella koulutusta tulee nykyisestä tasosta (keskiarvo v. 2006–14 tutkin-tomääristä, viimeinen sarake) lisätä ja punaisella ne erikoisalat, joilla koulutusta tulee vähen-tää.

Pienten erikoisalojen osalta tulee huomioida ensisijaisesti koulutuksen valtakunnallinen kokonaistarve, koska alueelliset arviot ovat epävarmoja.

Alueellisissa taulukoissa on ensimmäisessä sarakkeessa tässä selvityksessä arvioitu alan koulutustarve, toisessa sarakkeessa keskimääräinen tutkintomäärä vuosilta 2006–14 ja kol-mannessa sarakkeessa tämänhetkinen alan erikoislääkärimäärä ko. alueella (Lääkäriliiton tilasto asuinpaikan mukaan 1/2016). Viimeisessä sarakkeessa on alan erikoislääkärimäärä, joka saavutetaan v. 2030 tässä selvityksessä arvioidulla koulutusmäärällä.

Erikoisalakohittainen koulutustarve/vuosi

	Hyks	Tyks	Tays	Kys	Oys	Yht.	v. 2006–14
Akuuttilääketiede	6	2,8	3,6	2,4	2,4	17	
Anestesiologia ja tehohoito	10,4	4	5,1	4,3	4,2	28	33
Endokrinologia	1,3	0,6	0,7	0,8	0,6	4	4
Foniatria	0,8	0,2	0,2	0,2	0,1	2	1
Fysiatria	4	2	2,3	1,9	2	12	5
Gastroenterologia	1,7	0,9	1,1	1	0,7	6	5
Gastroenterologinen kirurgia	3,9	1,6	2	1,3	1,5	10	11
Geriatria	4,7	2,5	3	3	2,8	16	17
Ihotaudit ja allergologia	2,7	1,5	1,6	1,3	1,2	8	9
Infektiosairaudet	1,7	1	0,7	0,7	0,4	5	5
Kardiologia	4,3	1,9	2,7	2	1,9	13	13
Keuhkosairaudet ja allergologia	3	1,9	2,5	2	1,5	11	5
Kl. farmakologia ja lääkehoito	1,5	0,4		0,1		2	1
Kl. fysiologia ja isotooppilääket.	1,7	0,8	0,8	0,7	0,4	4	3
Kl. hematologia	1,5	0,7	0,9	0,6	0,6	4	4
Kl. kemia	1,3	0,7	0,7	0,6	0,6	4	2
Kl. mikrobiologia	1,6	0,7	0,7	0,6	0,5	4	3
Kl. neurofysiologia	1,7	0,9	1	0,9	0,7	5	3
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	4,3	2	2,5	1,9	2	13	11
Käsi- ja v. kirurgia	1	0,4	0,7	0,4	0,4	3	3
Lastenkirurgia	0,7	0,4	0,5	0,5	0,4	3	3
Lastenneurologia	2	0,7	0,7	0,7	0,6	5	4
Lastenpsykiatria	4,1	2,2	2,9	1,9	2	13	10
Lastentaudit	8,4	3,6	5	3,7	3,6	24	24
Liikuntalääketiede	1	0,3	0,5	0,4		2	2
Naistentaudit ja synnytykset	9,5	4,3	5,2	3,9	3,3	26	24
Nefrologia	1,5	0,5	1	0,5	0,6	4	4
Neurokirurgia	1	0,6	1	0,7	0,5	4	4
Neurologia	5,3	2,4	3	2,2	2,1	15	13
Nuorisopsykiatria	3,7	1,6	2	1,7	1,6	11	8
Oikeuslääketiede	0,9	0,2	0,2			1	1
Oikeuspsykiatria	0,5	0,5		1,2		2	2
Ortopedia ja traumatologia	5	2,5	2,9	1,9	1,6	14	22

Patologia	2,5	1,2	1,5	1,1	1	7	5
Perinnöllisyyslääketiede	0,9	0,3	0,4	0,3	0,2	2	1
Plastiikkakirurgia	1,5	0,7	0,7	0,4	0,5	4	6
Psykiatria	16	7	9,7	6,7	6,7	46	27
Radiologia	8,7	4,8	5,1	3,9	3,5	26	21
Reumatologia	2,1	0,9	1,5	1	0,6	6	4
Silmätaudit	4,8	2,8	2,3	1,9	2,3	14	19
Sisätaudit	6,7	2,7	3,2	2	2,5	17	30
Suu- ja leukakirurgia	1,6					2	1
Sydän- ja rintaelinkirurgia	1,2	0,5	0,7	0,4	0,4	3	2
Syöpätaudit	2,8	1,7	2,1	1,9	1,6	10	8
Terveystenhuolto	2	1	1	1	1	6	6
Työterveyshuolto	16,8	7,2	8,3	6,3	5,3	44	47
Urologia	1,7	0,9	1,3	0,9	0,9	6	5
Verisuonikirurgia	1,2	0,4	0,6	0,5	0,5	3	3
Yleiskirurgia	0,7	0,9	1,1	0,9	1,2	5	3
Yleislääketiede	28	15	25	16	15	99	76
Yhteensä	202	95	122	91	84	595	523

Hammaslääketiede

	Hyks	Tyks	Tays	Kys	Oys	Yht.	v. 2006–14
Diagnostiikka/radiologia	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	2	1,7
Diagnostiikka/patologia	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	1	0,3
Kl. hammash./kariologia	1,3	0,8	0,9	0,9	0,7	5	2,1
Kl. hammash./lasten hh	0,9	0,4	0,6	0,5	0,4	3	0,8
Kl. hammash./parodontologia	1,5	0,9	1,1	0,7	0,9	5	2,4
Kl. hammash./protetiikka	1,7	1	1,3	0,9	0,7	5	3,6
Oikomishoito	2,7	1,6	2,4	2	1,3	10	6,2
Suu- ja leukakirurgia	1,5	0,4	0,6	0,5	0,6	4	3,5
Terveystenhuolto	1,9	0,6	0,8	0,7	0,6	5	2,9
Yhteensä	12	6	8	7	6	39	24

Hyks-alueen koulutustarve/vuosi

	HY	KA v. 2006–14	Lääkäreitä 2015	Lääkäreitä 2030
Akuuttilääketiede	6		27	109
Anestesiologia ja tehohoito	10,4	11,8	314	308
Endokrinologia	1,3	1	21	28
Foniatria	0,8	0,2	9	12
Fysiatria	4	1,7	63	75
Gastroenterologia	1,7	2	42	45
Gastroenterologinen kirurgia	3,9	4,7	97	105
Geriatría	4,7	4,2	74	108
Ihotaudit ja allergologia	2,7	2,9	64	69
Infektiosairaudet	1,7	2,2	49	46
Kardiologia	4,3	3,8	72	90
Keuhkosairaudet ja allergologia	3	2,6	76	84

Kl. farmakologia ja lääkehoito	1,5	0,6	18	25
Kl. fysiologia ja isotooppilääket.	1,7	1,1	29	36
Kl. hematologia	1,5	1,8	32	36
Kl. kemia	1,3	1,1	30	30
Kl. mikrobiologia	1,6	1	31	32
Kl. neurofysiologia	1,7	1	22	34
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	4,3	3,4	115	110
Käsiturgia	1	1,2	20	28
Lastenkirurgia	0,7	0,8	16	16
Lastenneurologia	2	2	45	47
Lastenpsykiatria	4,1	4,1	85	98
Lastentaudit	8,4	7,8	236	230
Liikuntalääketiede	1	0,7	11	15
Naistentaudit ja synnytykset	9,5	9,1	241	243
Nefrologia	1,5	1	26	34
Neurokirurgia	1	1,6	22	31
Neurologia	5,3	4,8	114	133
Nuorisopsykiatria	3,7	3,1	55	68
Oikeuslääketiede	0,9	0,6	14	17
Oikeuspsykiatria	0,5	0,3	14	16
Ortopedia ja traumatologia	5	7,8	186	170
Patologia	2,5	1,9	58	61
Perinnöllisyyslääketiede	0,9	0,6	16	19
Plastiikkakirurgia	1,5	2,7	55	55
Psykiatria	16	11,2	366	362
Radiologia	8,7	9,6	222	245
Reumatologia	2,1	1,4	36	41
Silmätaudit	4,8	6,8	166	159
Sisätaudit	6,7	13,4	189	191
Suu- ja leukakirurgia	1,6	0,6	13	20
Sydän- ja rintaelinkirurgia	1,2	0,8	35	26
Syöpätaudit	2,8	2,4	60	72
Terveysthuolto	2	3,1	44	60
Työterveyshuolto	16,8	14,7	322	357
Urologia	1,7	1,4	39	43
Verisuonikirurgia	1,2	1,1	15	30
Yleiskirurgia	0,7	0,8	22	20
Yleislääketiede	28	20	555	666
Yhteensä	202	185	4483	4955

Tyks-alueen koulutus-tarve/vuosi

	TY	KA v. 2006-14	Lääkäreitä 2015	Lääkäreitä 2030
Akuuttilääketiede	2,8		8	47
Anestesiologia ja tehohoito	4	6,1	131	136
Endokrinologia	0,6	0,8	11	15
Foniatria	0,2		1	2
Fysiatria	2	0,7	26	33
Gastroenterologia	0,9	0,9	19	22
Gastroenterologinen kirurgia	1,6	1,2	31	41
Geriatría	2,5	3,1	41	60
Ihotaudit ja allergologia	1,5	1,1	33	34
Infektiosairaudet	1	0,4	8	18
Kardiologia	1,9	2,3	46	56
Keuhkosairaudet ja allergologia	1,9	0,7	31	43
Kl. farmakologia ja lääkehoito	0,4	0,4	5	8
Kl. fysiologia ja isotooppilääket.	0,8	0,8	16	18
Kl. hematologia	0,7	0,6	13	17
Kl. kemia	0,7	0,2	13	14
Kl. mikrobiologia	0,7	1	19	20
Kl. neurofysiologia	0,9	0,4	14	19
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	2	1,8	60	59
Käsi-kirurgia	0,4	0	7	10
Lastenkirurgia	0,4	0,7	8	10
Lastenneurologia	0,7	0,3	12	17
Lastenpsykiatria	2,2	1	34	43
Lastentaudit	3,6	4,2	99	108
Liikuntalääketiede	0,3	0,3	3	6
Naistentaudit ja synnytykset	4,3	3,6	117	115
Nefrologia	0,5	0,7	18	19
Neurokirurgia	0,6	0,6	10	16
Neurologia	2,4	2,2	55	65
Nuorisopsykiatria	1,6	1,3	28	34
Oikeuslääketiede	0,2	0,1	3	6
Oikeuspsykiatria	0,5	0,8	12	13
Ortopedia ja traumatologia	2,5	2,9	77	76
Patologia	1,2	0,8	27	28
Perinnöllisyyslääketiede	0,3	0,2	3	5
Plastiikkakirurgia	0,7	0,7	11	18
Psykiatria	7	3,8	136	153
Radiologia	4,8	2,7	106	114
Reumatologia	0,9	0,4	15	19
Silmätaudit	2,8	3	84	80
Sisätaudit	2,7	4,3	75	81
Suu- ja leukakirurgia			1	3
Sydän- ja rintaelinkirurgia	0,5	0,3	10	11
Syöpätaudit	1,7	1,2	31	42
Terveystenhuolto	1	1,2	18	23

Työterveyshuolto	7,2	6,7	114	152
Urologia	0,9	1	26	27
Verisuonikirurgia	0,4	0,8	8	13
Yleiskirurgia	0,9	0,2	25	25
Yleislääketiede	15	11,6	305	355
Yhteensä	95	80	2004	2349

Tays-alueen koulutustarve/vuosi

	TAY	KA v. 2006–14	Lääkäreitä 2015	Lääkäreitä 2030
Akuuttilääketiede	3,6		19	65
Anestesiologia ja tehohoito	5,1	7,6	151	170
Endokrinologia	0,7	0,8	10	17
Foniatria	0,2		2	5
Fysiatría	2,3	0,3	25	45
Gastroenterologia	1,1	0,9	20	27
Gastroenterologinen kirurgia	2	2,6	51	55
Geriatría	3	5,4	64	79
Ihotaudit ja allergologia	1,6	2,4	44	46
Infektiosairaudet	0,7	1	16	21
Kardiologia	2,7	3,1	46	70
Keuhkosairaudet ja allergologia	2,5	0,9	39	53
Kl. farmakologia ja lääkehoito	0,2		5	7
Kl. fysiologia ja isotooppilääket.	0,8	0,4	10	17
Kl. hematologia	0,9	1	17	21
Kl. kemia	0,7	0,3	11	17
Kl. mikrobiologia	0,7	0,4	11	15
Kl. neurofysiologia	1	0,6	17	23
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	2,5	2,2	55	65
Käsi­kirurgia	0,7	1,2	16	21
Lastenkirurgia	0,5	0,6	10	12
Lastenneurologia	0,7	0,7	13	18
Lastenpsykiatria	2,9	2,2	56	64
Lastentaudit	5	5,1	107	132
Liikuntalääketiede	1	0,2	6	8
Naistentaudit ja synnytykset	5,2	5	130	143
Nefrologia	1	1,1	15	21
Neurokirurgia	1	0,8	16	24
Neurologia	3	1,9	65	78
Nuorisopsykiatria	2	1,3	39	46
Oikeuslääketiede	0,2	0,4	4	6
Oikeuspsykiatria			5	6
Ortopedia ja traumatologia	2,9	4,7	113	109
Patologia	1,5	1,2	25	33
Perinnöllisyyslääketiede	0,4		1	6
Plastiikkakirurgia	0,7	1,1	16	20
Psykiatria	9,7	6,2	185	198
Radiologia	5,1	3,2	122	139

Reumatologia	1,5	0,7	23	28
Silmätaudit	2,3	2,9	88	92
Sisätaudit	3,2	6,1	75	83
Suu- ja leukakirurgia			1	3
Sydän- ja rintaelinkirurgia	0,7	0,3	26	17
Syöpätaudit	2,1	1,8	37	52
Terveystenhuolto	1	0,2	7	8
Työterveyshuolto	8,3	13,4	166	201
Urologia	1,3	1,6	31	33
Verisuonikirurgia	0,6	0,9	15	17
Yleiskirurgia	1,1	1,2	27	30
Yleislääketiede	25	24,7	368	510
Yhteensä	123	121	2421	2976

Kys-alueen koulutustarve/vuosi

	ITY	KA v. 2006–14	Lääkäreitä 2015	Lääkäreitä 2030
Akuuttilääketiede	2,4		7	41
Anestesiologia ja tehohoito	4,3	3,1	100	118
Endokrinologia	0,8	0,6	6	13
Foniatria	0,2	0,1	3	4
Fysiatria	1,9	1,7	28	41
Gastroenterologia	1	0,4	14	19
Gastroenterologinen kirurgia	1,3	1	36	40
Geriatría	3	3,6	31	58
Ihotaudit ja allergologia	1,3	0,9	25	32
Infektiosairaudet	0,7	0,3	10	16
Kardiologia	2	1,9	47	55
Keuhkosairaudet ja allergologia	2	0,7	30	37
Kl. farmakologia ja lääkehoito	0,1		1	3
Kl. fysiologia ja isotooppilääket.	0,7	0,4	11	15
Kl. hematologia	0,6	0,2	10	14
Kl. kemia	0,6	0,1	12	13
Kl. mikrobiologia	0,6	0,2	10	12
Kl. neurofysiologia	0,9	0,3	13	16
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	1,9	1,8	52	55
Käsi- ja kättiläkirurgia	0,4	0,3	8	10
Lastenkirurgia	0,5	0,2	8	10
Lastenneurologia	0,7	0,7	12	16
Lastenpsykiatria	1,9	0,7	25	38
Lastentaudit	3,7	3,2	70	93
Liikuntalääketiede	0,4	0,3	8	10
Naistentaudit ja synnytykset	3,9	3	95	100
Nefrologia	0,5	0,3	14	15
Neurokirurgia	0,7	0,7	14	17
Neurologia	2,2	2	53	58
Nuorisopsykiatria	1,7	0,7	25	32
Oikeuslääketiede			0	3

Oikeuspsykiatria	1,2	1,3	21	25
Ortopedia ja traumatologia	1,9	2,7	55	64
Patologia	1,1	0,6	21	26
Perinnöllisyyslääketiede	0,3		1	5
Plastiikkakirurgia	0,4	0,6	15	16
Psykiatria	6,7	3,1	129	140
Radiologia	3,9	1,8	82	100
Reumatologia	1	0,8	14	18
Silmätaudit	1,9	2,8	78	74
Sisätaudit	2	3,1	49	57
Suu- ja leukakirurgia			0	3
Sydän- ja rintaelinkirurgia	0,4	0,3	21	12
Syöpätaudit	1,9	1,1	25	37
Terveysthuolto	1		1	5
Työterveyshuolto	6,3	5,9	101	125
Urologia	0,9	0,4	13	20
Verisuonikirurgia	0,5	0,3	7	15
Yleiskirurgia	0,9	0,6	11	18
Yleislääketiede	16	9,2	289	344
Yhteensä	91	64	1711	2108

Oys-alueen koulutustarve/vuosi

	OY	KA v.2006–14	Lääkäreitä 2015	Lääkäreitä 2030
Akuuttilääketiede	2,4		5	38
Anestesiologia ja tehohoito	4,2	4,1	117	120
Endokrinologia	0,6	0,3	7	12
Foniatria	0,1	0,6	5	6
Fysiatria	2	0,6	25	36
Gastroenterologia	0,7	0,8	12	18
Gastroenterologinen kirurgia	1,5	1,1	30	37
Geriatría	2,8	1,9	33	55
Ihotaudit ja allergologia	1,2	1,3	26	29
Infektiosairaudet	0,4	0,9	14	17
Kardiologia	1,9	1,8	36	50
Keuhkosairaudet ja allergologia	1,5	0,7	25	34
Kl. farmakologia ja lääkehoito			2	4
Kl. fysiologia ja isotooppilääk.	0,4		3	6
Kl. hematologia	0,6	0,3	4	12
Kl. kemia	0,6	0,2	10	12
Kl. mikrobiologia	0,5	0,2	5	9
Kl. neurofysiologia	0,7	0,3	10	15
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	2	2	43	52
Käsi­kirurgia	0,4	0,7	5	9
Lastenkirurgia	0,4	0,7	10	11
Lastenneurologia	0,6	0,4	11	16
Lastenpsykiatria	2	1,9	32	42
Lastentaudit	3,6	3,8	70	91
Liikuntalääketiede			1	2

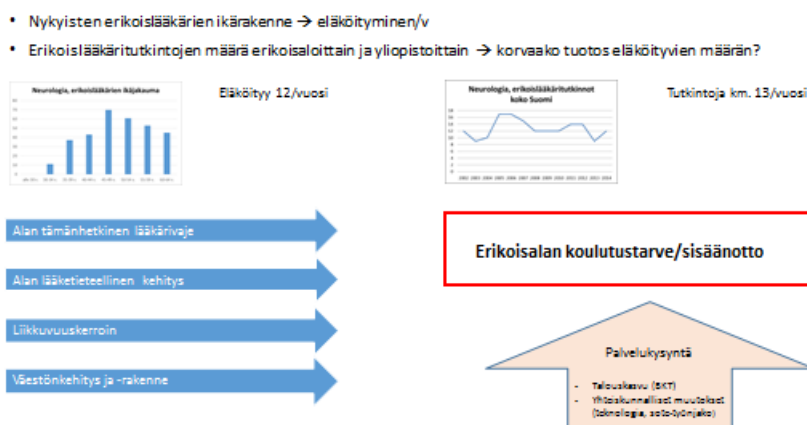
Naistentaudit ja synnytykset	3,3	3,7	92	99
Nefrologia	0,6	0,6	11	15
Neurokirurgia	0,5	0,7	12	16
Neurologia	2,1	1,8	33	52
Nuorisopsykiatria	1,6	1,1	21	29
Oikeuslääketiede			4	5
Oikeuspsykiatria			2	3
Ortopedia ja traumatologia	1,6	3,7	57	69
Patologia	1	1	22	25
Perinnöllisyyslääketiede	0,2	0,2	4	6
Plastiikkakirurgia	0,5	0,7	10	13
Psykiatria	6,7	2,4	103	132
Radiologia	3,5	3,3	92	97
Reumatologia	0,6	0,7	15	18
Silmätaudit	2,3	3,4	62	67
Sisätaudit	2,5	3,2	48	54
Suu- ja leukakirurgia			1	3
Sydän- ja rintaelinkirurgia	0,4	0,1	15	12
Syöpätaudit	1,6	1,3	20	34
Terveystenhuolto	1	1,8	8	15
Työterveyshuolto	5,3	5,4	111	121
Urologia	0,9	0,8	18	20
Verisuonikirurgia	0,5	0,4	6	13
Yleiskirurgia	1,2	0,3	18	24
Yleislääketiede	15	11	243	330
Yhteensä	84	72	1569	2005

4 ARVIOINTIMENETELMÄN KUVAUS

Alla oleva kaavio kuvaa tässä hankkeessa luodun erikoislääkärien ja erikoishammaslääkärien koulutustarpeen arviointimenetelmän peruseriaatteita. Erikoisalan koulutustarpeen lähtökohdaksi on kunkin erikoisalan tämänhetkinen työikäisten (alle 65 vuotta) erikoislääkärien ikäkauma (Lääkäriliiton ja Hammaslääkäriliiton tietokannat v. 2015 tilanteesta). Lääkäriliiton ja Hammaslääkäriliiton tilastotietoon päädyttiin, koska esim. THL:n tai Valviran kautta ei ole mahdollista saada erikoisalakohdasta lääkärien ikäjakaumatietoa. Liitojen tilastot perustuvat lääkärin asuinpaikkaan ja tämä aiheuttaa systemaattista virhettä pienten erikoisalojen osalta, jos lääkäri työskentelee eri erva-alueella kuin asuu.

Tilastosta lasketaan vuosittain v. 2030 mennessä eläkeiän (65-v) saavuttavien erikoislääkärien ja erikoishammaslääkärien määrä. Erikoisalojen tutkintotiedot on kerätty Helsingin yliopiston ylläpitämästä rekisteristä v. 2006 alkaen. Jatkossa uusien erikoislääkärien määrä kullakin alalla vuosittain tulisi kerätä järjestelmällisesti yliopistojen rekistereistä esim. VIRTAtietokantaan.

Koulutustarpeen arviointimenetelmä



Eläköitymisen vaatimaa erikoislääkärien koulutustarvetta on tarkennettu huomioimalla tämänhetkinen lääkäriarvaja (julkisen terveydenhuollon osalta), erikoisalayhdistysten näkemys lääketieteellisen kehityksen vaikutuksesta lääkäritarpeeseen, valmistuvien erikoislääkärien liikkuvuus sekä Suomen väestönkasvu, -muutto ja -rakenne. Koska kaikki mainitut muuttujat sisältävät monia epävarmuustekijöitä ei koulutustarvearvioinnissa ole niiden osalta käytetty tarkkoja kertoimia vaan merkitystä on arvioitu erityisesti aiempien alueellisten selvitysten tietojen perusteella.

Osa erikoisalayhdistysten arvioista tulevaisuuden erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritarpeesta on erittäin korkeita. Selvityshenkilön arviossa on pyritty siihen, että uusien erikoislääkärien kokonaiskoulutusmäärä pysyy realistisena lääkärien peruskoulutukseen nähden. Selvityksessä arvioituun n. 600 uuteen erikoislääkäriin vuosittain tullaan todennäköisesti pääsemään vasta v. 2020 jälkeen.

Hammaslääketieteen osalta erikoishammaslääkärien osuuden säilyttäminen n. 15 %:ssa kokonais-hammaslääkärimäärästä on asetettu tässä arvioissa koulutuksen keskeiseksi tavoitteeksi. Osuuden nostaminen esim. 25 %:iin merkitsisi nykyisen koulutuksen lähes kolminkertaistamista, joka ei esim. kouluttajaresurssit huomioiden olisi realistista.

5 ARVIOINNIN TAUSTAA

5.1 TYÖVOIMAENNAKOINTI JA -OHJAUS EUROOPASSA

Workforce planning in the health sector may be usefully summarised as ensuring that the right practitioners are in the right place at the right time with the right skills. However, workforce planning in the health sector is not an exact science, but rather an attempt to predict and determine the future on the basis of information available.

OECD:n (Organisation for Economic Co-operation and Development) julkaisusarjassa ”Health Working Papers” ilmestyi v. 2013 artikkeli 18 OECD-maan terveydenhuollon työvoimaa koskevista ennuste- ja arviointimalleista. Malleissa on pääasiassa pyritty ennustamaan lääkäri työvoiman kehitystä ja arvioimaan koulutuksen riittävyttä suhteessa työvoiman kysyntään ja tarpeeseen (1).

Selvityksen yhteenvedossa todetaan, että terveydenhuollon työvoimaennusteissa tavoitteenä on saavuttaa kysynnän ja tarjonnan tasapaino työntekijöiden määrässä sekä lyhyellä että pitkällä tähtäimellä. Koulutuksen suunnittelu on erityisen tärkeää terveysalalla, jossa koulutuksen kustannukset ovat korkeat (erityisesti lääkärinkoulutuksessa) ja koulutusaika on pitkä. Tilastotietoa ja ennusteita tarvitaan ohjaamaan koulutuspoliittisia päätöksiä ja suunniteltaessa esim. ikääntyvän väestön tarvitsemia terveyspalveluita.

Tiukat taloudelliset ajat ja muuttuvat terveydenhuollon tarpeet korostavat tarvetta työvoiman koulutustarpeen arviointiin. Palvelujärjestelmän ja ammattiryhmien välisen työnjaon muutokset vaikuttavat työvoimatarpeeseen. Terveyspalveluissa tapahtuu lyhyellä tähtäimellä joidenkin työntekijöiden tarpeen vähenemistä ja toisaalta pitkällä tähtäimellä kasvavaa ja muuttuvaa terveyspalveluiden tarvetta.

Katsausartikkelissa annetaan kuusi keskeistä suositusta, jotka tulisi huomioida lääkäreiden koulutustarvetta arvioitaessa:

1. Terveydenhuollon työvoimasuunnittelu ei ole eksakti tiede. Se vaatii onnistuakseen säännöllistä päivittämistä. Lääkäritarpeen arviointi esim. 10 tai 15 vuoden päähän on monimutkainen tehtävä, joka sisältää monta epävarmuustekijää. Tulevaisuuden oletuksia on säännöllisesti uudelleenarvioitava uuden tiedon, poliittisten päätösten ja -muutosten valossa.
2. Pitää tietää mistä lähdetään, jotta voi ennustaa tulevaa. Tämänhetkisen tilanteen tarkka ja luotettava selvittäminen on ennakointityön perusta.
3. Terveydenhuollon työvoimatarpeen ennusteiden avulla tulisi välttää ”jo-jo” efektiä opiskelijoiden sisäänottomäärissä. Tutkimusten perusteella tiedetään, että terveydenhuoltoalan työllisyys ei reagoi taloussuhdanteisiin yhtä herkästi kuin muut yhteiskunnan sektorit. Huomioitavaa on myös se, että muutokset esim. lääketieteen opiskelijoiden sisäänottomäärissä vaikuttavat pitkän koulutusajan vuoksi työmarkkinoille vasta n. 10 v kuluttua. Tämän vuoksi ennakointityössä tulee arvioida pitkän ajan rakenteellisia muutoksia ja välttää reagoimasta lyhyisiin syklisiin muutoksiin.
4. Lääkäri työvoiman tarjontaa arvioitaessa tulee erityisesti huomioida eläköitymisen vaikutukset. Mahdolliset muutokset suurten ikäluokkien eläköitymisessä vaikuttavat merkittävästi tulevien vuosien työpanokseen.
5. Työvoimaennusteissa tulisi huomioida moniammatillisen työn lisääntyminen erityisesti perusterveydenhuollossa. Ammattien välinen työnjako vähentää mahdollisesti lääkäritarvetta.

6. Alueelliset erot työvoimatilanteesta tulee huomioida. Valtakunnallinen kysynnän ja tarjonnan tasapaino ei merkitse välttämättä sitä, ettei alueellista ylituotantoa tai pulaa ilmenisi. Koulutustarvetta ja sen kehittymistä tulee siis arvioida sekä valtakunnallisesti että alueellisesti.

5.1.1 Erikoislääkärikoulutus

Erikoislääkärikoulutuksen ohjausvastuun siirtoa valmistellut työryhmä on muistiossaan todennut, että Ammattipätevyysdirektiivi ei säätele sitä, miten erikoislääkärikoulutus eri jäsenvaltioissa organisoidaan. Erikoislääkärikoulutuksen vastuutahoja koskevat järjestelmät vaihtelevat suuresti eri EU/ETA-maissa; yliopistojen vastuulla erikoislääkärikoulutus on Suomen lisäksi vain Italiassa. Euroopan Erikoislääkäriliitto (UEMS) on laatinut eurooppalaisia erikoisalakohaitaisia koulutussuosituksia ja toteuttanut eurooppalaisia erikoislääkäritenttejä. Suomessa vain muutama koulutusyksikkö on toteuttanut kansainvälisen laatua arvioivan auditoinnin.

Erikoistuvien lääkäreiden määrää säädellään suurella osalla Euroopan maista. Euroopan erikoislääkäriliiton kokouksessa lokakuussa 2012 tehdyn kyselyn mukaan erikoistuvien määrän säätelyä tapahtuu kansallisella tasolla ainakin Norjassa, Italiassa, Liettuassa, Irlannissa, Sloveniassa, Britanniassa, Itävallassa, Hollannissa, Kyproksella, Puolassa ja Kroatiaa sekä alueellisella tasolla Norjassa, Ruotsissa, Kreikassa, Belgiassa, Ranskassa ja Puolassa.

Euroopan Erikoislääkäriliitto on perustanut yhteistoimintaryhmän, ”Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting”. Tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää terveydenhuollon työvoiman ennustemalleja. Ryhmässä ovat mukana Belgia, Bulgaria, Saksa, Espanja, Suomi, Ranska, Unkari, Islanti, Italia, Kroatia, Liettua, Malta, Alankomaat, Slovakia ja Britannia. Useimmissa Euroopan maissa on tulevaisuudessa edessä samoja, erikoislääkärimäärään vaikuttavia muutoksia kuin Suomessa: suurten ikäluokkien eläköityminen (joka vaikuttaa sekä lääkärimäärään että väestön terveyspalvelujen tarpeeseen), lääkärikunnan naisvaltaistuminen, terveydenhuoltoalan vähentynyt kiinnostavuus nuorten keskuudessa, EU:n työaikadiktiivin vaikutukset ja terveyspalvelutarpeiden muutokset. Terveydenhuollon työvoimasuunnittelun välttämättömyyteen on em. muutosten vuoksi herätty ja kehitystä on tapahtunut, mutta resursseja työvoimatietojen tallentamisen ja keräämiseen, ennustemallien kehittämiseen ja seurantaan tarvittaisiin useimmissa maissa lisää.

Ranskassa erikoistumiskoulutuspaikat määritellään alueellisten neuvottelukuntien ehdotusten perusteella (edustajina lääkärit, viranomaiset, sairaskassat, sairaalat ja yliopistot). Perusteena on alueen potilasmäärä, väestömäärä, infrastruktuurin muutokset ja yliopistojen koulutuskapasiteetti. Alueelliset ehdotukset kerätään valtakunnalliselle yhteistyöelimelle, jossa on edustus terveysministeriöstä, opetusministeriöstä, yliopistoista, ammatinharjoittajista, opiskelijoista, kansalaisista, sairaaloista ja tutkijoista. Erikoisalakohaitaiset ja alueelliset koulutuspaikkamäärät annetaan asetuksella 5 vuodeksi kerrallaan. Erikoistumispaikat jaetaan strukturoidusti ja anonymisti lääketieteellisten tiedekuntien loppukoepisteiden perusteella ja paikkoja on periaatteessa yhtä paljon kuin hakijoita.

Saksassa ei ole terveydenhuollon työvoiman ennakointiin kansallista järjestelmää. Lääkäreiden peruskoulutusta säädellään liittovaltiotasolla, mutta lääketieteellisillä tiedekunnilla on autonomia päättää erikoislääkärien koulutusmääristä. Laki säätelee niiden lääkäreiden määrää, jotka voivat tehdä sopimuksen sairausvakuutusjärjestelmän kanssa.

Espanjassa sosiaali- ja terveysministeriö (Ministerio de Sanidad y Política Social) ja opetusministeriö säätelevät lääkäreiden peruskoulutusta. Erikoistumispaikkojen määrän päättävät yhdessä MSPS, paikalliset aluehallinnot (itsehallintoalueet) ja valtakunnallinen erikoislääkärikoulutuksen koordinaatioelin. Erikoistuvat valitaan valintakoemenettelyllä kerran vuodessa sen mukaan, paljonko itsehallintoalueet ovat arvioineet lääkäritarpeeseen ja kuinka paljon akkreditoituja koulutuspaikkoja ne pystyvät tarjoamaan. Vuodesta 2014 lähtien sosiaali- ja terveysministeriön ohjausmahdollisuuksia on lisätty valtakunnalliseen koulutustarpeeseen perustuen.

Ruotsissa erikoislääkärikoulutuksesta vastaa terveysministeriön alainen Socialstyrelsen, joka myös myöntää erikoislääkärin oikeudet. Sen alaisuudessa on toiminut vuodesta 2006 alkaen kansallinen erikoislääkärikoulutuksen neuvosto, jossa ovat edustettuina työnantajat, yliopistot, Ruotsin lääkäriliitto ja Ruotsin lääkäriyhdistys. Ruotsin terveyspalvelujärjestelmä on vahvasti alueellinen, mutta kansallisin verovaroin rahoitettu. Työvoimasuunnittelu on maakuntien vastuulla ja suunnittelussa huomioidaan myös yksityissektorin työvoimatarve, koska se järjestää osan palveluista. Terveysministeriö voi vaikuttaa lääkärimäärään mm. rahoittamalla puuttuvia erikoistumispaikkoja.

Tanskassa erikoislääkärikoulutuksesta vastaa terveysministeriön alainen Sundhedsstyrelsen (Danish Health and Medicines Authority), joka vahvistaa vuosittain koulutuspaikkojen määrät kullekin erikoisalalle. Tässä avustaa kansallinen lääkärin jatkokoulutusneuvosto, jolla on myös alueelliset toimielimet. Valtiollista ohjausta erikoislääkärikoulutuksessa on lisätty ja lääkärimäärää säädellään suhteessa väestömäärään. Viisi itsehallintoaluetta on vastuussa oman alueensa sairaaloiden palveluista ja ammatinharjoittajina toimivien terveydenhuollon ammattilaisten toiminannon rahoittamisesta. Kunnat vastaavat terveyden edistämisestä ja sairauksien ennaltaehkäisystä sekä esim. kunnallisista hammaslääkäripalveluista ja vammaispalveluista.

Englannissa on jo pitkään ollut käytössä terveydenhuollon koulutusta ja työvoimaa ohjaava laaja kansallinen järjestelmä, jonka keskeiset toimijat ovat SHA (Strategic Health Authority Boards) ja terveydenhuollon ammattilaisten MEE, (Medical Education England). MEE:n tehtävänä on ohjata peruskoulutuksen curriculumia ja erikoistumiskoulutuksen laatua ja rakennetta sekä tutkia ja tehdä suosituksia terveydenhuollon työvoimatarpeista. MEE määrittelee yhdessä Royal Colleges and Department of Health:n kanssa lääketieteen opiskelijoiden sisäänottomäärät ja erikoistumispaikat, jotka valtio rahoittaa.

Erikoislääkärikoulutuksen ohjaus perustuu siis useimmissa Euroopan maissa varsin vahvasti alueelliseen lääkärityövoiman tarpeen arviointiin, laajaan yhteistyöhön eri toimijoiden kesken sekä kansalliseen ministeriötason ohjaukseen (2). Nyt Suomessa perustettu sosiaali- ja terveysministeriön alainen koordinaatiojaosto, jonka tehtävä on arvioida ja vahvistaa koulutustarvetta vastaava määrä koulutuspaikkoja, vastaa siis hyvin pohjoismaista ja eurooppalaista käytäntöä. Tulevan SOTE-ratkaisun myötä tulisi suunnitella ja resursoida alueelliset lääkärityövoiman tarvetta ja kehittymistä seuraavat sekä koulutusta hallinnoivat toimielimet, jotka jatkossa toimisivat kiinteässä yhteistyössä yliopistojen ja STM:n koordinaatiojaoston kanssa.

5.1.2 Erikoishammaslääkärikoulutus

Hammaslääketieteen erikoisalamäärä vaihtelee Euroopan maissa ja tämä vaikeuttaa mm. työvoiman liikkuvuutta ja ammatinharjoittamisoikeuden myöntämistä toisessa maassa. Ortodontia (oikomishoito) ja suukirurgia ovat Euroopan yleisimmät hammaslääketieteen erikoisalalat ja ne on määritelty myös EU-direktiiveissä. Parodontologia ja lasten hammashoito ovat myös laajasti hyväksytyjä specialiteetteja.

Protetiikan ja endodontian hoidontarpeen arvioidaan lisääntyvän väestön ikääntyessä, mutta nämä specialiteetit tunnetaan vain muutamissa Euroopan maissa (4).

Erikoishammaslääkärin suhteellinen osuus koko hammaslääkärimäärästä vaihtelee. Useita specialiteetteja ja suuri erikoishammaslääkäreiden osuus on niissä maissa, joissa terveydenhuoltopalvelut ovat laajasti julkisesti järjestettyjä ja rahoitettuja tai joissa hammaslääketiede on kiinteä osa muuta lääketiedettä. Esim. Puolassa, Tšekissä, Virossa ja Ruotsissa erikoishammaslääkärin osuus on yli 15 %, Suomessa, Norjassa ja Britanniassa 10–15 % mutta Belgiassa, Tanskassa, Irlannissa ja Ranskassa vain n. 5 % koko hammaslääkärityövoimasta. Missään maassa erikoishammaslääkäreiden osuus ei ylitä 20 % koko hammaslääkärimäärästä (5).

Erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksessa on suurta vaihtelua kansainvälisesti ja myös Pohjoismaiden välillä pääasiassa edellä kuvattujen lääkärityövoimaa koskevien esimerkkien mukaisesti. Monissa maissa hammashuollon työvoimaennakointi on vielä ollut vähäistä. Hammaslääkärityövoiman ja erityisesti erikoishammaslääkärin keskittyminen suuriin kau-

punkeihin on todettu ongelmaksi esim. Britanniassa, Australiassa ja USA:ssa. Hammaslääkäripalvelujen yleiseen tarpeeseen vaikuttavat väestömäärä, väestön ikärakenteen muutokset, suusairauksien ilmaantuvuus, terveyspalvelujen yleinen laatu sekä terveystaloudelliset linjaukset ja yhteiskunnan taloudellinen tilanne. Pitkän aikavälin työvoimasuunnittelussa tulisi lähtökohdaksi olla eläköityvän hammaslääkärityövoiman korvaaminen ja väestönkasvuun vastaaminen.

5.2 OKM:N TUTKINTOTAVOITTEET 2020-LUVULLE

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama työryhmä on 5/2015 laatinut ministeriölle ehdotuksensa koulutustarjonnan tavoitteiksi vuodelle 2020. Työryhmän esityksen lähtökohtana ovat olleet Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen (VATT) tuottamat työvoiman kysyntäskenaariot ja niitä täydentävät ennakointiaineistot ja neuvottelut. Julkaisu on nimeltään ”Suomi osaamisen kasvu-uralle – Ehdotus tutkintotavoitteista 2020-luvulle” (3).

Tutkintotavoite-ehdotuksessa todetaan, että sosiaali- ja terveysala on kasvava ja työllistävä toimiala, jossa keskeistä on työvoimapoistuman korvaaminen ja osaamisen kehittäminen. Koulutusalan osuus v. 2011–13 suositetuista tutkinnoista on ollut 21 % ja tutkintojen määrä 14 900. Työryhmä arvioi, että sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ammatillisen peruskoulutuksen ja yliopistokoulutuksen tarve kasvaa, mutta ammattikorkeakoulutuksen tarve vähenee. Yliopistokoulutuksen osalta kuitenkin todetaan, että kasvutarvetta ei ole, koska OKM on jo sopinut yliopistojen kanssa aloittajamäärien lisäämisestä (lääkärien ja hammaslääkärien peruskoulutus).

Tärkein syy palvelujen kysynnän kasvuun on väestön ikääntyminen ja vanhuspalvelujen tarve. VATT:n toimialaskenaariossa ennustettua sosiaali- ja terveyspalvelujen työllisten määrän lähes 100 000 henkilön lisäystä v. 2030 mennessä työryhmä pitää kuitenkin yhteiskunnan resurssit ja koulutuskapasiteetti huomioden epärealistisena. Henkilöstön lisäystarvetta voidaan työryhmän näkemyksen mukaan vähentää parantamalla tuottavuutta mm. palvelujen järjestämistapoja ja ammattiryhmien välistä työnjakoa uudistamalla ja terveysteknologiaa hyödyntämällä. Terveyspalvelujen työllisten määrän kasvuksi arvioidaan näin 30 000 ja lääketieteen yliopistotutkintojen tavoitteeksi 750 aloituspaikkaa/vuosi. Hammaslääketieteen osalta yliopistotutkintojen aloituspaikkamääräksi ehdotetaan 190/vuosi (opiskelijoiden sisäänottomäärä on v.2011 alkaen ollut 185/v).

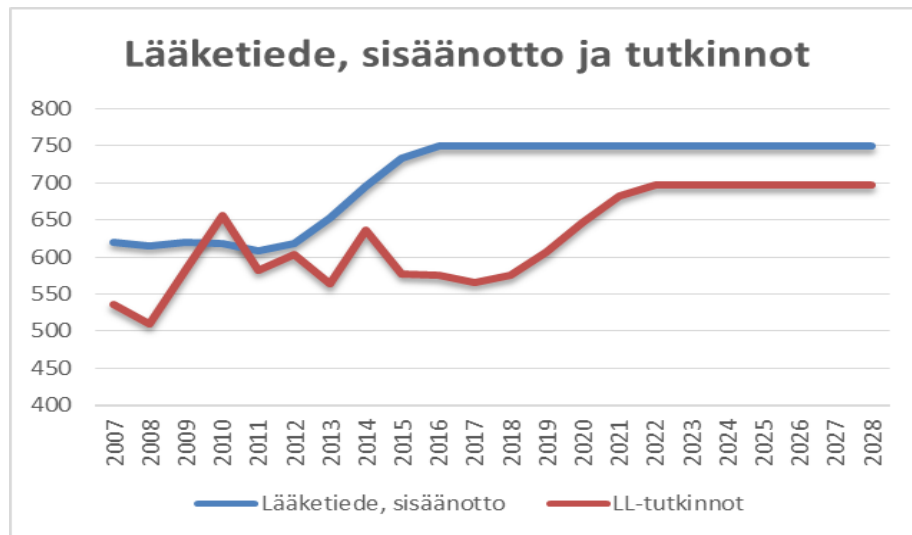
OKM:n tutkintotavoitteiden mukaisesti lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloituspaikkojen määrä pysynee siis lähivuosina nykyisellä tasolla ja erikoislääkäritutkintojen määrää voidaan ennustaa luotettavasti 2030-luvulle saakka.

6 KOULUTUSTARVEARVIOINTIIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

6.1 LÄÄKÄRIMÄÄRIEN KEHITYS JA ELÄKÖITYMINEN

Lääkärimäärien kehitys ja eläköityminen

Lääketieteen lisensiaattitutkintojen määrä oli pienimmillään 2000-luvun alussa, alle 400 vuosittain. 2010-luvulla uusia lääkäreitä on valmistunut n. 600 vuosittain. Yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien sisäänottomääriä on lisätty v. 2011 alkaen siten, että v. 2016 opinnot aloittaa 750 opiskelijaa. Valmistumisprosentti on perinteisesti ollut korkea, n. 93 %. Lisätyt sisäännotot alkavat näkyä valmistuneiden määrissä lähivuosina ja 2020 alkaen uusia lääkäreitä valmistuu n. 700 vuosittain.



Työikäisten lääkärien määrä

Työikäisten lääkärien kokonaismäärä on Suomessa kasvanut v. 2000–2015 n. 4000 lääkärillä (n. 16 000 lääkäristä reiluun 20 000 lääkäriin) eli 1,6 % vuodessa. Kaikista lääkäreistä n. 60 % on erikoislääkäreitä. Lääkärikunta jakautuu alueellisesti epätasaisesti siten, että pienin lääkäritiheys asukasta kohden on Pohjanmaalla, Kainuussa, Etelä-Karjalan alueella ja Itä-Savossa (11).

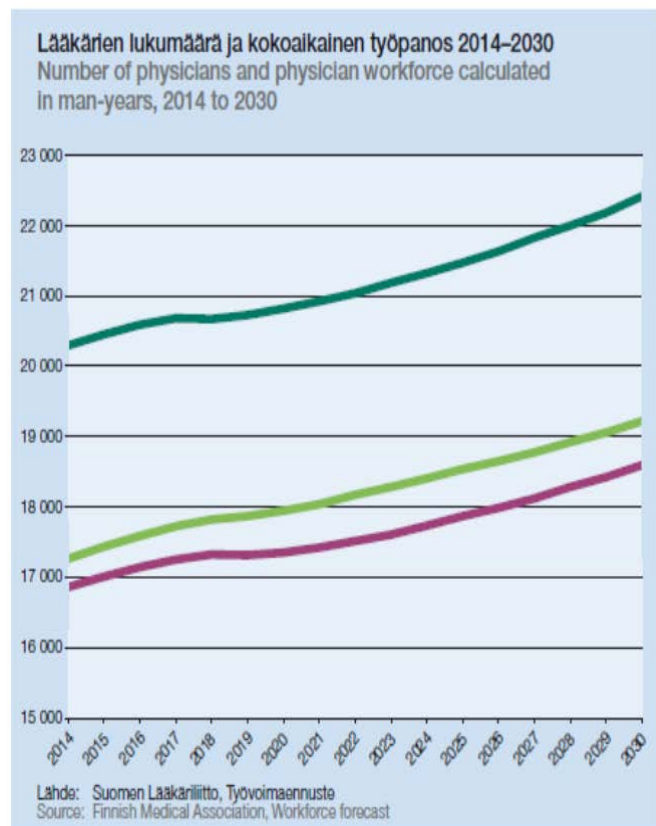
Lähtitulevaisuudessa kokonaislääkärimäärä kasvaa selvästi edellä kuvattua hitaammin, kunnes v. 2020 jälkeen kasvu voimistuu lisättyjen opiskelijoiden sisäänottomäärien johdosta. Lääkärikunnan naisvaltaistuminen vaikuttaa merkittävästi lääkäreiden työpanokseen, sillä yli 20 % naislääkäreistä tekee osa-aikatyötä. Vanhempainvapaat ovat lisääntyneet sekä nais- että mieslääkäreillä.

Kuvio 36 | Figure 36

Työikäisten lääkärien kokonaismäärä kasvaa noin 2 000 lääkärillä vuoteen 2030 mennessä.

The total number of working-age physicians will increase by about 2,000 physicians by the year 2030.

- Työikäiset lääkärit
Working-age physicians
- Alle 70-vuotiaiden lääkärien työpanos
Workforce of physicians aged under 70
- Työikäisten työpanos
Workforce of working-age physicians



Erikoislääkärien määrä

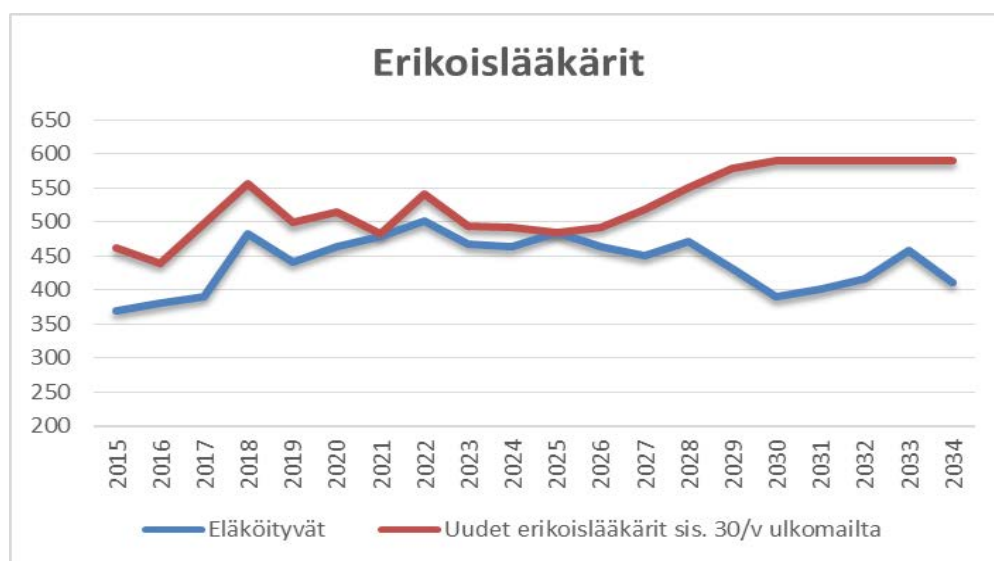
Lääketieteen erikoisaloja on tällä hetkellä 50 (viimeisimpänä akuuttilääketiede 2013 alkaen). Suuri muutos koulutuksessa tapahtui 1999, kun erikoisalojen määrää asetuksella vähennettiin 92:sta 49:ään.

Työikäisten erikoislääkärien määrä on 2000-luvulla kasvanut yli 20 %, n. 9500 erikoislääkäristä 12 200 erikoislääkäriin. Tulevaisuuden koulutustarve-ennakoinnin kannalta on huomattavaa, että joillakin erikoisaloilla kasvua ei ole ollut lainkaan ja joidenkin erikoisalojen lääkärimäärä on tuplaantunut. Tämä on luonnollista uusilla erikoisaloilla, mutta voimakasta kasvua on ollut myös ns. vanhoilla erikoisaloilla.

Erikoislääkäritutkintoja on v. 2006–2014 suoritettu keskimäärin 530 vuosittain. Koska osa tutkinnoista on ns. kaksoistutkintoja (erityisesti sisätautialoilla), on erikoislääkärimäärän todellinen lisäys ollut tätä pienempi. Vanhan 619/1985 asetuksen siirtymäaika umpeutui v. 2005 lopussa ja tämän vuoksi tässä arviointityössä on käytetty pääosin v. 2006–2014 tutkintomääriä.

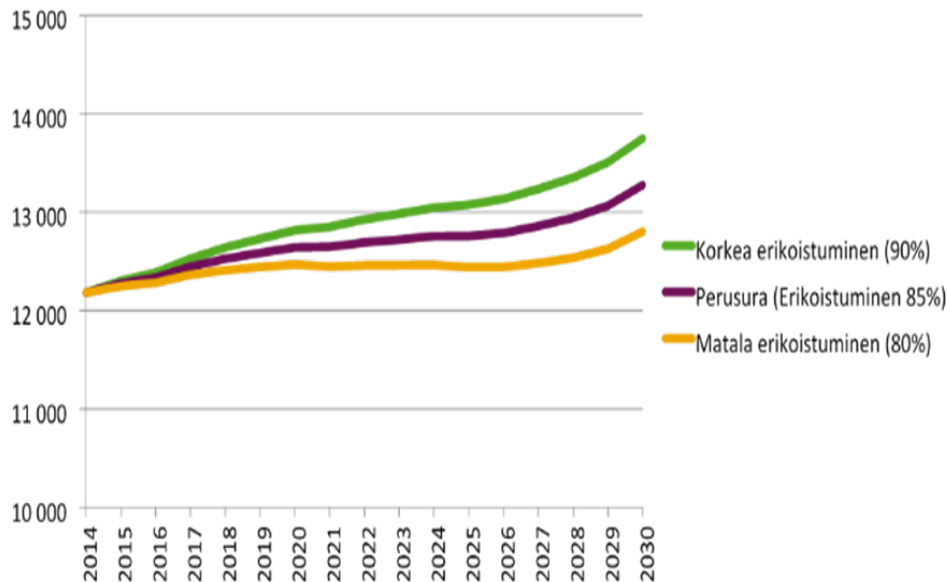
Lääkäriliiton seurannan perusteella n. 80 % lääkäreistä erikoistuu työuransa aikana. Mikäli tämä osuus säilyy ennallaan, tulee uusien erikoislääkärien määrä olemaan seuraavan 10 vuoden aikana n. 500 vuosittain määrän vähitellen kasvaessa. Tämän lisäksi Suomeen tulee nettomuuttona vuosittain n. 30 erikoislääkäriä ulkomailta ja lisäksi osa suomalaisista, ulkomailta lääketiedettä opiskelevista (n. 600 opiskelijaa v. 2014), palaa todennäköisesti Suomeen töihin ja erikoistumaan.

Erikoislääkärien eläköityminen kiihtyy lähivuosina ja on suurimmillaan v. 2020–28, jolloin n. 470 erikoislääkäriä jää vuosittain eläkkeelle. Eläköityviä erikoislääkäreitä tulee lähivuosina olemaan siis vuosittain lähes yhtä paljon kuin uusia erikoislääkäreiksi valmistuvia.



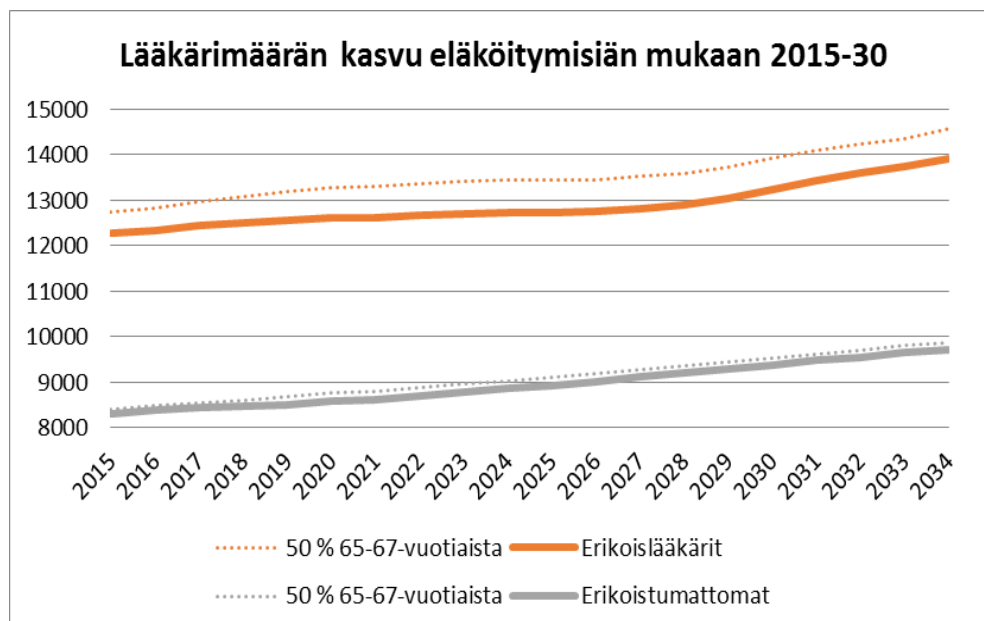
Erikoistumisaste

Erikoislääkärien kokonaismäärän kehitys riippuu alla olevan kaavion mukaisesti siitä, kuinka suuri osa nuorista lääkäreistä erikoistuu. Nykyisellä erikoistumisasteella (n. 80 %) ei erikoislääkärien kokonaismäärä 2020-luvulla juurikaan kasva ja 13 000 erikoislääkärin taso saavutetaan vasta 2030. Jos erikoistumisaste nousee 90 %:iin, kääntyy erikoislääkärimäärä 2025 jälkeen selvään nousuun (lähes 2 % vuosi) saavuttaen 14 000 erikoislääkärin rajan ohittuneen eläköitymisaallon ja 2010-luvulla kasvatettujen sisäänottomäärien seurauksena.



Eläköitymisikä

Eläköitymisikä vaikuttaa merkittävästi terveydenhuollon käytettävissä olevaan työvoimaan. Jos oletetaan, että 50 % 65–67-vuotiaista erikoislääkäreistä jatkaa työelämässä, nousee erikoislääkärien kokonaismäärä jo lähivuosina 13 000:een ja 14 000 erikoislääkärin raja saavutetaan 2030.



Johtopäätökset

Seuraavan 10–15 vuoden aikana terveystalvelujen erikoislääkärrien määrän ratkaisevat siis nuorten lääkärien erikoistumishalukkuus ja eläköityvien lääkärien pysyminen työelämässä. Jos molemmissa tapahtuu kasvua, saavutetaan 14 000 erikoislääkärin raja jo v. 2025. Lääkärimäärän kasvu olisi tällöin n. 1,5 % vuodessa, jota voidaan pitää korkeana.

Jos lääkärit eläköityvät 65-vuotiaina tai aiemmin ja erikoistumisaste pysyy 80 %:ssa, ei valmistuvien lisenäattien määrä riitä lähivuosina tässä selvityksessä arvioituu koulutustarpeeseen ja erikoislääkärien määrä saattaa 2020-luvulla jopa laskea nykytasosta. Samaan aikaan työmarkkinoille alkaa tulla yli 700 nuorta lääkäriä vuosittain. Tämä tilanne korostaa koulutuksen ohjaustarvetta ja koulutustarpeen ja – resurssien säännöllistä arviointia, jotta lääkäripulasta kärsivien erikoisalojen tilanne ei entisestään heikkene ja riittävä koulutuskapasiteetti turvataan.

Edellä kuvattujen muutosten suuntaa tulee siis lähivuosina seurata ja ylikoulutuksen välttämiseksi tulee lääketieteen peruskoulutusta todennäköisesti maltillisesti vähentää viimeistään v. 2020 jälkeen. Ikääntyvien erikoislääkärien pysymistä mukana työelämässä tulisi tukea monipuolisin keinoin.

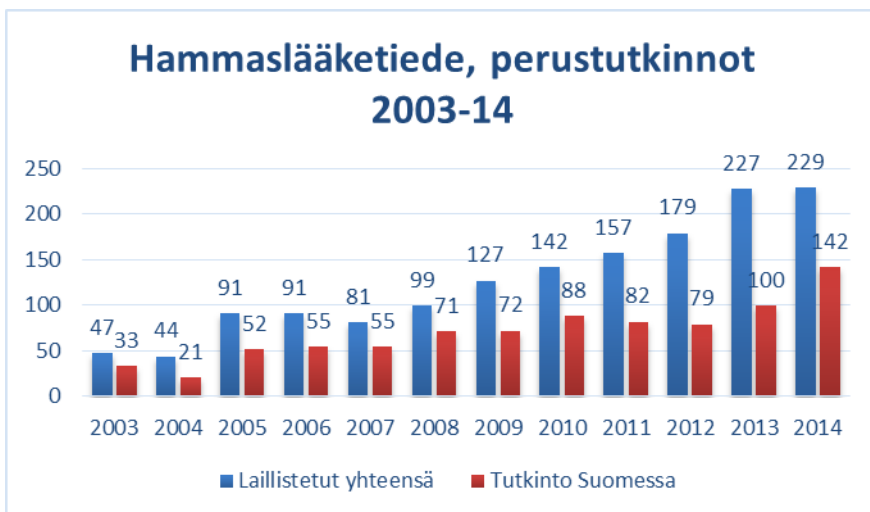
6.2 HAMMASLÄÄKÄRIMÄÄRIEN KEHITYS JA ELÄKÖITYMINEN

Erikoishammaslääkärien koulutustarpeen arvio kytkeytyy Suomessa vahvasti perushammaslääkärien koulutustarpeen arvioon. Keskeistä on arvioida, mikä vaikutus lisääntyvällä hammaslääkärimäärällä on erikoishammaslääkärien koulutustarpeeseen ja kuinka suuri osuus hammaslääkäreistä tulisi olla erikoishammaslääkäreitä väestön suuterveyden tavoitteet ja hammaslääketieteen kehitys huomioiden.

Suomessa oli v. 2015 lopussa Hammaslääkäriiliton tilastojen mukaan n. 4400 työikäistä (alle 65 v) hammaslääkäriä. Lisäksi n. 200 iältään 65–70-vuotiaasta hammaslääkäriä oli vielä osa-aikaisesti mukana työelämässä. Hammaslääkärimäärä on siis Suomessa n. 1/1200 asukasta, joka on pohjoismaista tasoa (Ruotsi 1/1300), mutta eurooppalaisittain korkea (Hollanti 1/2000). Keskeinen ongelma on hammaslääkärien määrän suuri alueellinen vaihtelu: Tays-alueella lääkäritiheys on vain 1/1500 ja Kys-alueella 1/1700 asukasta.

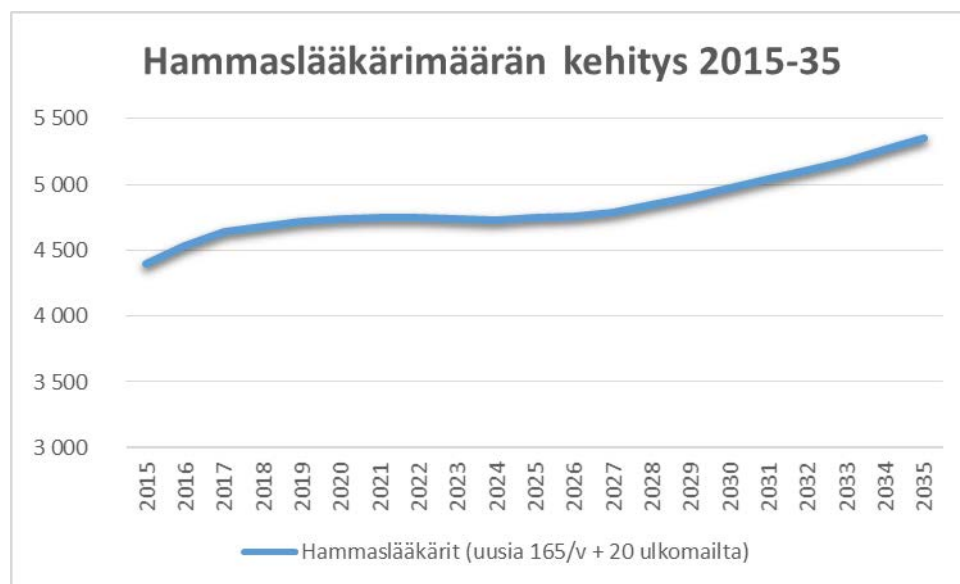
Hammaslääketieteen peruskoulutus

Hammaslääkärien peruskoulutusta on lisätty 2000-luvun alkupuolelta alkaen voimakkaasti (10 vuodessa sisäänottomäärät on kaksinkertaistettu) ja koulutus on aloitettu uudelleen Turun ja Itä-Suomen yliopistoissa. 2011 alkaen sisäänotto on ollut n. 185 uutta opiskelijaa vuosittain eli lisäys valmistuvissa hammaslääkäreissä alkaa näkyä lähivuosina (n. 160 uutta hammaslääkärinä/v).



Hammaslääkäriliiton ennusteet hammaslääkäri työvoiman kasvusta ulottuvat vuoteen 2040 ja niiden perusteella kokonaishammaslääkärimäärä kasvaa eläköitymisaallon vuoksi hitaasti seuraavat 10 vuotta, mutta sitten kasvu kiihtyy ja 2030-luvulle saavuttaessa hammaslääkärimäärä nousee yli 5000:een, joka tarkoittaisi 1 hammaslääkäri/1100 asukasta. Jos erikoishammaslääkärien määrä samaan aikaan nousee merkittävästi nykyisestä, on vaarana ainakin alueellinen hammaslääkäripalvelujen ylitarjonta.

Ulkomailla koulutuksensa saaneiden hammaslääkärien määrän arvioidaan Suomessa olevan tällä hetkellä n. 300, mutta se tulee todennäköisesti pieneneään kotimaisen työvoiman lisääntyessä. Ennusteessa ulkomailta oletetaan tulevan 20 hammaslääkäriä Suomeen pysyväisluonteisesti vuosittain.



Erikoishammaslääkärien määrä

Suomessa on 5 hammaslääketieteen erikoisalaa, joista osa jakautuu painotusalueisiin:

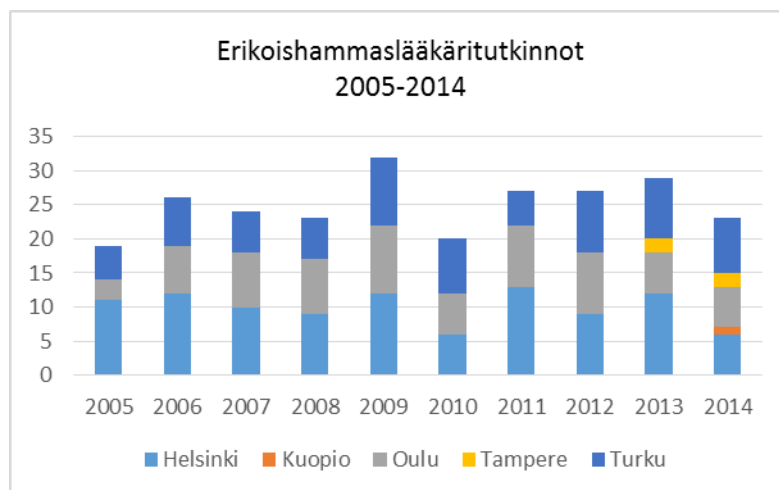
Hammaslääketieteellinen diagnostiikka (mikrobiologia, radiologia ja suupatologia), kliininen hammashoito (lasten hammashoito, kariologia/endodontia, parodontologia ja protetiikka/purentafysiologia), oikomishoito, suu- ja leukakirurgia sekä terveydenhuolto.

Voimassa oleva asetus erikoishammaslääkäriin tutkinnosta on annettu v. 2003. Perustutkinnon jälkeen vaaditaan 2 v. käytännön työtä ennen erikoistumista ja erikoishammaslääkäriin koulutusohjelman pituus täysipäiväisenä on kolme vuotta tai kuusi vuotta (suu- ja leukakirurgia). HY:ssä on suu- ja leukakirurgian osalta vaadittu opintojen täydentämistä toisen perustutkinnon (LL tai HML) opinnoilla.

Julkisen terveydenhuollon hammaslääkäri vakansseista n. 10 % on erikoishammaslääkäriin vakansseja. Kaikista erikoishammaslääkäreistä n. 50 % työskentelee yksityisessä terveydenhuollossa, kolmannes terveyskeskuksissa ja 16 % sairaaloissa. Terveydenhuollon erikoishammaslääkäreistä 67 % toimii julkisella sektorilla lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon, erityisesti suun terveydenhuollon johtotehtävissä. Valtaosa oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä (62 %) työskentelee terveyskeskuksissa. Kliinisen hammashoidon erikoishammaslääkäreistä viidennes ja suu- ja leukakirurgista vajaat 12 % toimii terveyskeskuksissa.

Erikoishammaslääkärikoulutuksen tarpeen arvioimisessa keskeistä on alan sisäisen työnjaon ja hoidontarpeen määrittäminen. Erikoishammaslääkäripalvelujen kysyntä kasvaa, kun väestö ikääntyy ja yhä useammalla on omat hampaat. Vaativaa hoidon tarvetta on erityisesti hampaiden kiinnityskudossairauksien hoidossa ja purennan kuntoutuksessa. Erikoishammaslääkärien suhteellista osuutta on aiemmissa selvityksissä esitetty nostettavan jopa 30 %:iin kokonaishammaslääkärimäärästä.

Suomessa oli Hammaslääkäriliiton tilaston mukaan vuoden 2015 lopulla 602 alle 65-vuotiaasta erikoishammaslääkärinä. Erikoishammaslääkäreiden osuus kaikista hammaslääkäreistä oli n. 15 %. Tutkimusten mukaan 30–40% nuorista hammaslääkäreistä aikoo erikoistua. Erikoishammaslääkäriin tutkintoja on viime vuosina suoritettu km. 24/vuosi. Nykyisillä koulutusmäärillä erikoishammaslääkärien määrä pienenee seuraavien kymmenen vuoden aikana yli 10 %, koska eläköityviä on lähes 30 vuosittain. Pulan erikoishammaslääkäreistä arvioidaan näin ollen vaikeutuvan kaikilla hammaslääketieteen erikoisaloilla, ellei koulutusta lisätä.



Suun terveyttä koko väestölle 2013-raportti toteaa, että suun terveys on suomalaisilla yleisesti parantunut ja terveyserot ovat tasaantuneet, mutta suun terveydessä ja hammaslääkäripalvelujen saatavuudessa on edelleen suuria eroja eri väestöryhmien ja alueiden välillä (6). Raportissa ehdotetaan, että suun terveydenhuollon peruserikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden parantamiseksi tulisi perustaa ”peruserikoissairaanhoidon yksiköitä”, jotka vastaavat näiden palvelujen tuottamisesta laajalle alueelle. Erikoishammaslääkärien antamat hoidot tulisi keskittää alueellisesti yhdeksi riittävän isoksi kokonaisuudeksi ja yksiköksi. Työvoimaa yksiköihin olisi mahdollista saada perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja yksityissektorilla työskentelevistä erikoishammaslääkäreistä (lisätyömahdollisuus, osa-aikaisuus). Tampereen yliopiston, Itä-Suomen yliopiston ja Pirkanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirien yhteistyönä on 2013 käynnistynyt erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämishanke, jossa erikoishammaslääkärikoulutusta on lisätty em. alueilla.

Yhteiskunnan taloudellinen tilanne vaikuttaa hammaslääkäripalvelujen kysyntään. Hammaslääkäriliiton, KT:n, STM:n ja THL:n yhteinen työvoimaselvitys vuodelta 2014 toteaa, että yleistä hammaslääkäripulaa ei tällä hetkellä enää ole, vaikka joillakin alueilla tilanne on vielä vaikea (7). Selvityksen mukaan terveyskeskusten hammaslääkärivaje on enää 6,8 % eli 139 hammaslääkärinä. Samaan aikaan yksityisillä vastaanotoilla on vapaata hoitokapasiteettia noin 163 kokoaikaisen hammaslääkäriin klinistä työpanosta vastaava määrä. Yksityisen sektorin vapaa kapasiteetti keskittyy erityisesti suurimpiin kaupunkeihin, kuten Helsinkiin ja Ouluun. Hammaslääkäriliiton näkemyksen mukaan jatkossa tulisi vähentää hammaslääkärikoulutuksen aloituspaikkoja ja siirtää niukkoja resursseja erikoishammaslääkärikoulutukseen, jotta erikoishoitajien kasvava tarve saadaan tyydytettyä.

6.3 ERIKOISALAN TÄMÄNHETKINEN LÄÄKÄRIVAJE

Eläköitymisen korvaamisen lisäksi erikoislääkärien koulutustarpeeseen vaikuttaa alan tämänhetkinen lääkärivaje. Vajetietojen käyttömahdollisuus lääkäritarpeen arvioissa on kuitenkin vain suuntaa-antava, koska tietoja on saatavissa vain julkisen terveydenhuollon osalta.

Julkisen sektorin vajetiedot on saatu Kuntatyönantajien tutkijan Mika Juutisen tekemästä yhteenvedosta erikoissairaanhoidon työvoimaselvityksen 2014 tuloksista erikoisaloittain. Yhteenvedon mukaan kokoaikainen erikoissairaanhoidon vaje oli 512 erikoislääkärinä, joka on 7,6 % kaikista viroista. Erikoishammaslääkärivaje oli 8 hammaslääkärinä, joka on 5 % viroista.

Hyks-ervan lääkärivaje oli selvästi muita alueita pienempi, mutta erä-aluekohtaisia tietoja ei ole tässä selvityksessä käytetty, koska työnantajien ilmoitukset eivät ole yhteneväiset. Vaje-tietojen osalta on lisäksi huomiotava, että virkoja voi olla täytettynä epäpätevillä työntekijöillä ja virkapohjien määrä esim. yliopistosairaaloissa vaihtelee erityisesti pienten erikoisalojen osalta. Koulutustarvearviointia varten tulisi lääkärivajetietojen olla jatkossa saatavissa luotettavasti tilastoituna.

6.4 ERIKOISALAN LÄÄKETIETEELLINEN KEHITYS

Erikoisalan lääkäritarpeeseen vaikuttavan lääketieteellisen kehityksen selvittämiseksi kaikille 50 erikoisalayhdistykselle ja 9 hammaslääketieteen erikois/painotusalueelle lähetettiin tätä selvitystä varten kysely. Kyselyssä viitattiin erikoislääkäritilanteesta tehtyihin aiempiin selvityksiin ja annettiin kunkin erikoisalan perustiedot tämänhetkisestä lääkäritilanteesta, esimerkkinä anestesiologia:

Suomessa on tällä hetkellä 810 työikäistä anestesiologian erikoislääkärinä. Lääkärien ikä-jakauma on suhteellisen tasainen ja tulevina vuosina heitä arvioiden mukaan eläköityy n. 25/v. Uusia erikoislääkäreitä on valmistunut 2000-luvulla keskimäärin 32 vuosittain. Sairaanhoidopiirit ovat ilmoittaneet anestesiologien vajeeksi n. 3 %. Lääkäritarpeeseen vaikuttavat mm. alan naisvaltaistuminen ja päivystyksen muutokset. Suomeen ulkomailta tulevista erikoislääkäreistä suuri osa on anestesiologeja.

Pyydämme erikoisalayhdistyksiä osallistumaan oman erikoisalan koulutustarpeen arviointiin. Haluamme erityisesti kuulla näkemyksenne oman alanne lääketieteellisestä kehityksestä, jolla on merkitystä alanne erikoislääkäritarvetta arvioitaessa. Pyydämme perusteltuja vastauksianne seuraaviin kysymyksiin:

7. Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita
8. Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?
9. Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikois-alallanne on viime vuosina tapahtunut?
10. Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?
11. Kuinka suureksi arvioitte oman alanne erikoislääkäritarpeen Suomessa v. 2030, jos tämän hetken tilanteeksi merkitään 100 %?

Kaikki hammaslääketieteen erikoisalayhdistykset ja yli 90 % lääketieteen yhdistyksistä on antanut vastauksensa ja ne ovat kokonaisuudessaan raportin liitteenä.

Verrattuna esim. aikaisempiin alueellisiin selvityksiin erikoisalayhdistykset arvioivat oman alansa tulevaisuuden lääkäritarpeen nyt maltillisemmin, pääosin 110–120 % nykytilanteeseen verrattuna. ¾ vastaajista kuitenkin arvioi, ettei alan nykyinen lääkärimäärä vastaa väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita ja alueellista epätasapainoa on suurimmalla osalla erikoisaloista.

Erikoishammaslääkärikoulutuksen osalta lisäystarvetta nähdään erityisesti klinisen hammaslääkärin alueella. Alueellista epätasapainoa arvioidaan olevan kaikilla erikoisaloilla. Arviot

tarvittavasta erikoishammaslääkärin osuudesta kokonaishammaslääkärimäärään nähden vaihtelevat 15–30 %:iin.

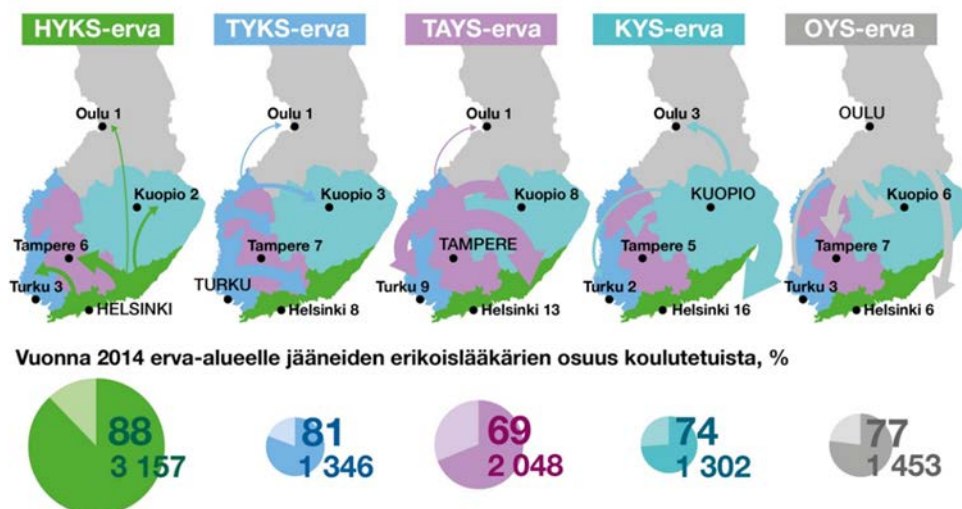
6.5 YLIOPISTON KOULUTUS OMALLE ALUEELLEEN

Alueellista erikoislääkärien koulutustarvetta arvioitaessa täytyy huomioida uusien erikoislääkärien liikkuvuus. Lääkäriliiton tutkimusten mukaan esim. Helsingin yliopistossa erikoislääkärikoulutuksen suorittaneista lähes 90 % jää töihin HYKS-erva-alueelle ja lisäksi alueelle tulee muualla Suomessa erikoislääkäritutkinnon suorittaneista 10–20 %. Vastaavasti esim. Kuopion yliopistossa erikoislääkäriksi valmistuneista neljännes siirtyy alueelta muualle Suomeen, pääasiassa Helsingin seudulle, mutta KYS-erva saa muista yliopistoista valmistuneita erikoislääkäreitä erikoisalakohtaisesti vain muutamia vuosittain.

Jos siis erikoislääkärimäärää halutaan lisätä alueilla, jotka tällä hetkellä kärsivät erikoislääkäripulasta, on koulutusta lisättävä ko. alueen yliopistossa. Erityisesti tämä koskee Kys- ja Oys-alueita, joille muissa yliopistossa tutkintonsa suorittaneita erikoislääkäreitä siirtyy hyvin vähän. Tässä selvityksessä erikoislääkärien liikkuvuus on huomioitu nostamalla Kys- ja Oys-alueen koulutusarviota ja laskemalla Hyks-alueen arviota suhteessa v. 2030 ennustettuun väestömäärään.

Yliopiston erikoislääkärikoulutus omalle alueelleen 1990- ja 2000-luvuilla

Nuoli kuvaa %-osuutta alueella koulutetuista erikoislääkäreistä, jotka ovat siirtyneet toiselle erva-alueelle.



Lähde: Suomen Lääkäriliiton Lääkärirekisteri ja vuositilastot 2014

Grafikka: Liisa Valttonen

6.6 VÄESTÖN SAIRASTAVUUS

Luotettavaa tietoa väestön terveydestä kunnittain ja sairausryhmittäin on Suomessa niukalti, vaikka laki velvoittaa kuntia seuraamaan asukkaidensa hyvinvointia ja raportoimaan siitä hyvinvointikertomuksessa vuosittain. Tätä varten Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) julkaisi vuonna 2012 THL:n sairastavuusindeksin, joka päivitetään vuosittain. THL hankkii sairastavuusindeksin laskennan lähtökohtana olevat tiedot vuosittain THL:n, Tilastokeskuksen, Eläketurvakeskuksen, Syöpärekisterin ja Kansaneläkelaitoksen kansallisista rekistereistä. Tulokset esitetään sekä ikävakioituina että ikävakioimattomina. Vakioimaton indeksi kuvaa erityisesti alueelle kohdentuvaa sairastavuustaakkaa ja siitä aiheutuvia terveydenhuollon resurssitarpeita.

THL:n sairastavuusindeksi kuvaa suomalaisten kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Indeksissä on otettu huomioon seitsemän eri sairausryhmää ja neljä eri painotusnäkökulmaa. Indeksissä sisältyvät sairastavuudet ovat syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat ja dementia. Asiantuntijat ovat valinneet sairastavuudet sillä perusteella, että ne ovat vakavia kansansairauksia, jotka aiheuttavat suurimman osan suomalaisten kuolemista ja työkyvyttömyyseläkkeistä. Indeksissä kunkin sairastavuuden yleisyyttä painotetaan sen perusteella, mikä on ko. sairastavuuden merkitys väestön kuolleisuuden, työkyvyttömyyden, elämänlaadun ja terveydenhuollon kustannusten kannalta.

Indeksilukuihin voi sisältyä virhelähteitä: Kunnittaiset erot voivat osin johtua esim. erilaisista kirjaamiskäytännöistä. Terveydenhuollon vaikutus tuloksiin voi näkyä myös siinä, että hyvin toimiva terveydenhuolto voi joissakin tapauksissa kuvastua näennäisesti suurena sairastavuutena, kun tauteja seulotaan, löydetään ja hoidetaan tehokkaasti.

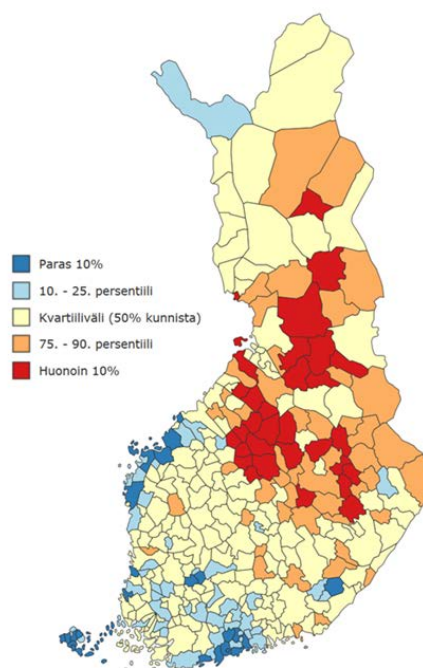
THL:n tilastojen mukaan kaikki muut elintapoja ja terveydentilaa koskevat muuttujat ovat kehittyneet positiiviseen suuntaan, mutta ylipaino lisääntyy. Sairastavuus on pienentynyt kaikissa ikäryhmissä, mutta koska iäkkäiden osuus väestössä kasvaa, sairaiden iäkkäiden ihmisten määrä lisääntyy.

Itäisessä Suomessa sairastetaan enemmän ja vakavammin kuin lännessä. Itä- ja Pohjois-Suomessa esiintyy enemmän sepelvaltimotautia, aivoverisuonien tauteja, tuki- ja liikuntaelinsairauksia sekä mielenterveyden häiriöitä ja dementiaa kuin läntisessä ja eteläisessä Suomessa. Tapaturmat jakautuvat tasaisesti, mutta syöpätautien esiintyvyys on lievästi suurempaa Tyks:n ja Tays:n erä-alueilla muuhun Suomeen verrattuna. Maakunnittain tarkasteltuna terveimmät asukkaat ovat Ahvenanmaalla (70) ja Uudellamaalla (83) ja sairaimmat Pohjois-Savossa (124) ja Pohjois-Pohjanmaalla (121).

Tässä selvityksessä sairastavuusindeksin tiedot on huomioitu nostamalla Kys- ja Oys-alueiden koulutustarvearvioita erityisesti sisätautialojen, neurologian, geriatrian ja yleislääketieteen osalta.

**THL:n sairastavuusindeksi,
ikävakioimaton 2010-2012**

Pohjois-Savo	124.2
Pohjois-Pohjanmaa	120.8
Kainuu	117.0
Lappi	112.8
Pohjois-Karjala	112.5
Keski-Suomi	110.0
Etelä-Savo	109.4
Kymenlaakso	108.8
Keski-Pohjanmaa	107.3
Päijät-Häme	105.9
Etelä-Pohjanmaa	103.2
Varsinais-Suomi	102.4
Etelä-Karjala	98.6
Pirkanmaa	98.0
Satakunta	97.1
Kanta-Häme	96.3
Pohjanmaa	88.5
Uusimaa	82.8
Ahvenanmaa	70.4



Tilastokatsaus 2015. THL:n sairastavuusindeksi 2010–2012.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015112619344>

6.7 VÄESTÖNKASVU, VÄESTÖRAKENNE JA MUUTTOLIIKE

Erikoislääkäritarpeen arvioinnissa tarvitaan myös väestömäärään, väestönrakenteeseen (esim. vanhusväestön suhteellinen osuus) ja väestöliikkeeseen liittyviä tietoja ja arvio siitä, miten nämä vaikuttavat lääkäritarpeeseen eri erikoisaloilla.

Suomen virallinen väkiluku oli vuoden 2014 lopussa 5 471 753. Suomen väkiluku kasvoi vuoden 2014 aikana 20 483 henkilöllä (10). Määrällisesti eniten väkiluku kasvoi Uudellamaalla, 17 915 henkilöllä, Pirkanmaalla, 3 216 henkilöllä ja Pohjois-Pohjanmaalla, 2 110 henkilöllä. Väkiluvun kasvusta Uudenmaan maakunnan osuus oli lähes 90 %. Väkiluku väheni määrällisesti eniten Kymenlaaksossa, 987 henkilöllä ja Etelä-Savossa, 956 henkilöllä. Suhteellisesti väkiluku väheni eniten Kainuussa, 0,9 %.

Suomen väkiluvun ennustetaan nousevan 5,77 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. Väestönkasvu olisi ennusteen mukaan siis 5,4 % eli 0,4 % vuodessa. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 19,9 %:sta 26 %:iin vuoteen 2030 ja 29 %:iin vuoteen 2060 mennessä. Tilastokeskuksen tuoreimmassa väestöennusteessa oletetaan, että syntyvyys pysyisi vakiona tulevaisuudessa ja että vuonna 2015 Suomi saa muuttovoittoa ulkomailta 14 000 henkilöä ja vuosien 2016–2065 aikana 17 000 henkilöä vuosittain.

Yliopistosairaala-alueittain väestönkasvun ennustetaan olevan Hyks-alueella yli 10 %. Tällä on huomattava merkitys erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärin koulutustarpeen arvioinnissa, vaikka väestön sairastavuus on muuta maata vähäisempää. Muilla alueilla kasvu on vain muutamia prosentteja ja Kys-alueella väestö hiukan vähenee.

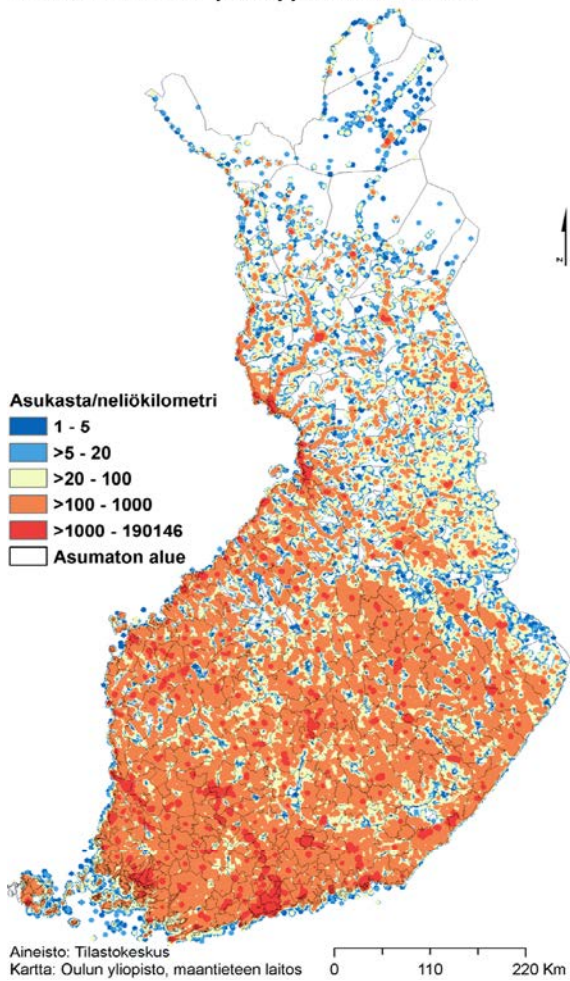
	Väestö 2015	Väestöennuste ¹ 2030
Hyks	1 904 062	2 114 725
Tyks	898 393	928 428
Tays	1 110 996	1 156 179
Kys	816 405	810 301
Oys	741 897	759 399
Yhteensä	5 471 753	5 769 032

Väestömäärän alueellinen kehitys on huomioitu tässä selvityksessä siten, että arviointitaulukossa on laskettu tämänhetkinen lääkärimäärä/100 000 asukasta ja tarvittava lääkärimäärä 2030, jos suhteellinen lääkärimäärä säilyy samana. Tätä arviota on selvityshenkilön arviossa korjattu mm. lääkärin liikkuvuus- ja väestön sairastavuustietojen perusteella edellä kuvatusti.

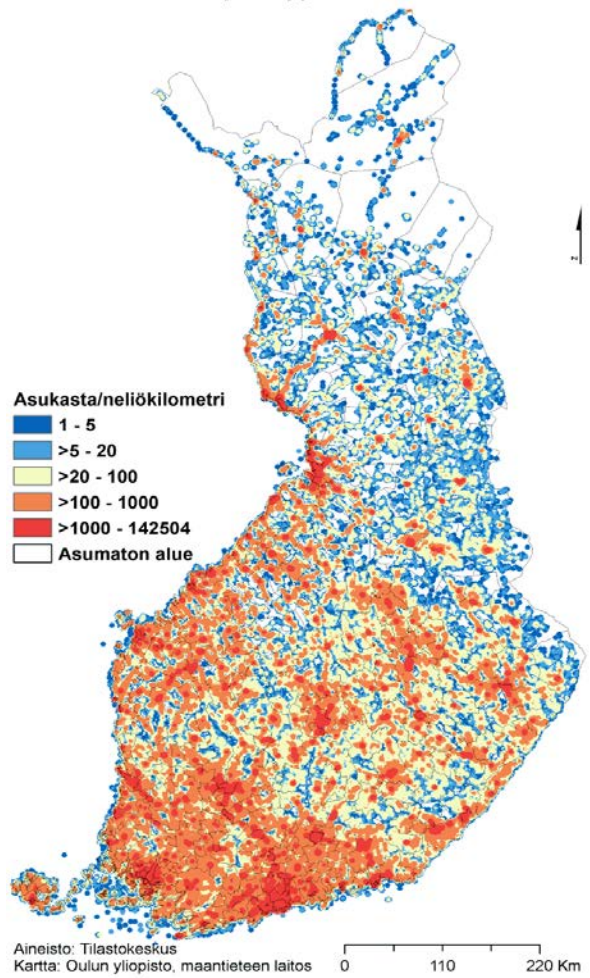
Kunnallisanalyyttien kehittämissäätien raportissa v. 2013 todetaan, että 2000-luvun Suomessa suurimmat keskukset ja 20–40 000 asukkaan kunnat (ns. kehyskunnat) voittivat eniten maassamuuttajia (8). Jos muuttovirtojen voimakkuus, suuntautuminen ja rakenne säilyvät tulevaisuudessa samanlaisina, on Suomi jakautumassa muuttoliikkeen suhteen kolmentyyppisiin alueisiin. Kaupunkiseutujen keskuskunnat monipuolisine työmarkkinoineen vetävät sekä maassamuuttajia että maahanmuuttajia. Kehyskunnat edullisimpine asuntomarkkinoineen keräävät parhaat veronmaksajat, mutta myös suurimmat palvelutarpeet. Maakuntien reuna-alueiden maaseutumaisten kuntien väestö rakenne yksipuolistuu voimakkaimmin, mikä merkitsee ongelmia etenkin ikääntyneiden palvelujen järjestämisessä. Myös työttömien osuus kasvaa näillä alueilla nettomuuton seurauksena

¹ Tilastokeskuksen väestöennuste 2015–2040

Asutuksen keskittyneisyys vuonna 1970



Asutuksen keskittyneisyys vuonna 2007



Suomen maakunnat eroavat väestörakenteen osalta lähinnä vanhusväestön suhteellisen määrän osalta (Kainuu 24 % ja Itä-Savo 28 % vs. Uusimaa 16 %). Tällä on vaikutusta mm. geriatrian, sisätautialojen, neurologian ja yleislääketieteen erikoislääkäritarpeeseen. Lasten (alle 14-v) suhteellinen osuus on muuta maata suurempi Pohjois-Pohjanmaalla (20 %).



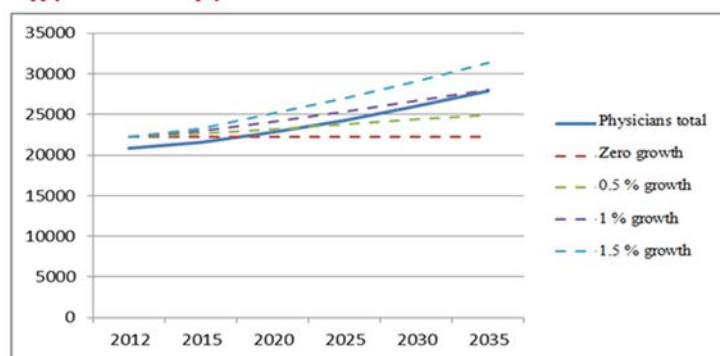
6.8 YHTEISKUNNAN TALOUDELLINEN KEHITYS

Edellä kuvattujen muuttujien lisäksi yhteiskunnan taloudellinen kehitys (bruttokansantuote) vaikuttaa merkittävästi siihen, kuinka paljon terveydenhuoltoon suunnataan rahaa ja resursseja. Kansainvälisessä tarkastelussa lääkärimäärän kehitys on historiallisesti noudattanut BKT:n kehitystä. Erikoislääkärien määrä on Suomessa lisääntynyt n. 2000:lla v. 2003–15, joka vastaa yli 1 % vuosittaista kasvua.

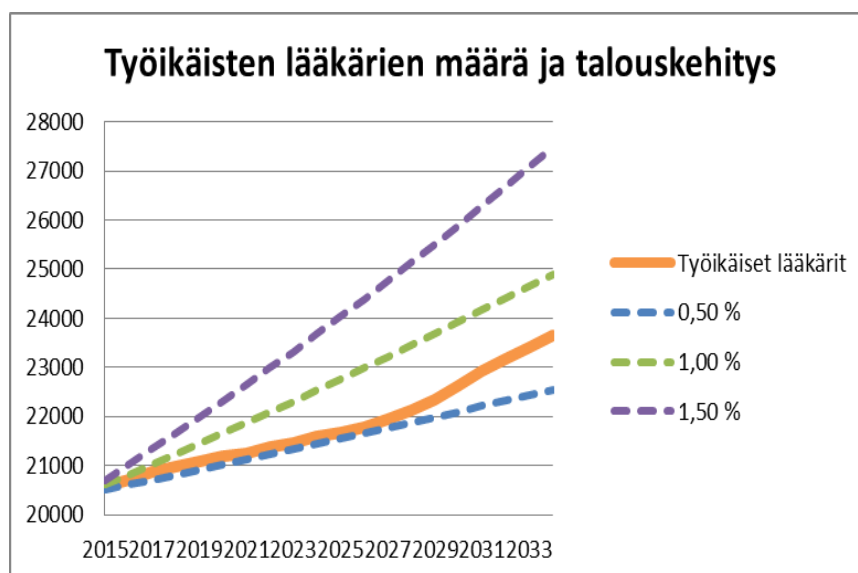
Esim. Tanskassa on alla olevan taulukon mukaisesti arvioitu, miten lääkärimäärän kehitys vastaisi erilaisiin BKT:n kasvuskenarioihin tai ns. nollakasvuun. Arviosta nähdään, että BKT:n perusteella voi syntyä joko merkittävää lääkäreiden ylituotantoa tai vajetta.

Lægeforeningen 

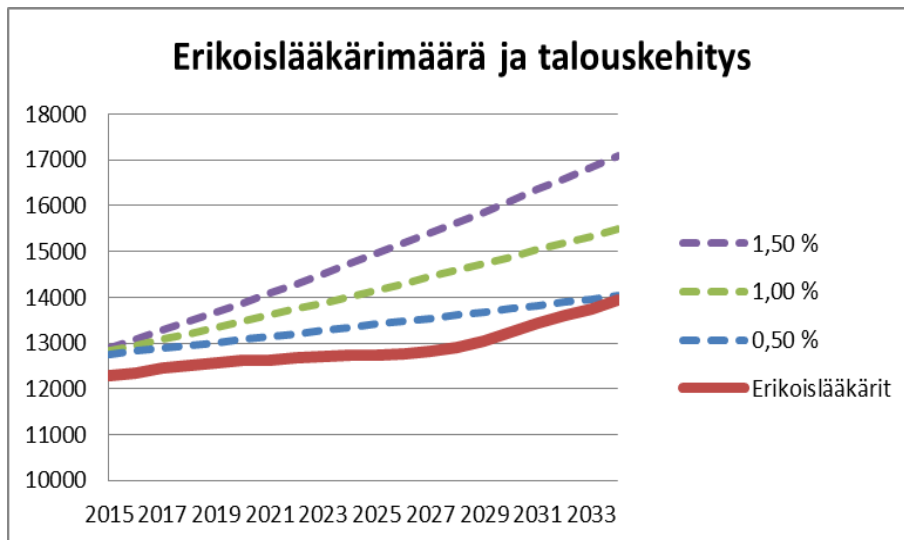
Supply and demand for physicians in Denmark 2012-2035



Vastaava arvio Suomesta osoittaa, että nykyisellä lääkäreiden koulutusmäärällä (750 uutta opiskelijaa vuosittain) kokonaislääkärimäärä kasvaa eläköitymisaallon vuoksi 0,5 % kasvukäyrällä, mutta 2030-luvulle tultaessa kasvu kiihtyy selvästi.



Erikoislääkärien määrän kasvu on edellä kuvatusti hidasta koko 2020-luvun, ellei erikoistumisaste nouse tai eläköityvien lääkäreiden työssä jatkaminen lisäänty.



6.9 TERVEYDENHUOLLON RAKENTEELLISET MUUTOKSET

Suomessa on arvioitu, että talouskasvua merkittävämpiä, lääkäritarpeeseen vaikuttavia yhteiskunnallisia muutoksia voivat olla mm. terveyspalveluiden teknologian kehitys, ammattiryhmien välinen työnjako ja voimavarojen suuntaaminen tieteellisesti tutkittuihin ja vaikuttaviin hoitoihin. Tämän perusteella mm. VATT on siis alentanut arviotaan terveydenhuoltoalan työvoimatarpeesta.

Pieni määrä ihmisiä aiheuttaa suurimman osan terveydenhuollon kustannuksista. Syksyllä 2013 Oulusta tehdyn terveydenhuoltotutkimuksen mukaan 10 % asukkaista kerryttää 81 % kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Terveysteknologian toivotaan lisäävän ennaltaehkäisyyn ja omatoimisen rutiiniseurannan mahdollisuuksia. Teknologia muuttaa lääkärin työnkuvaa ja sen toivotaan vähentävän työvoimatarvetta mm. etäkonsultaatiovastaanottojen ja ammattiryhmien uudelleen työnjaon avulla. Toisaalta teknologia mahdollistaa yhä sairaampien hoidon ja vaativammat toimenpiteet, joten kustannusten hillitsemiseksi priorisointi tutkitusti vaikuttaviin ja tehokkaisiin hoitoihin tulee olemaan välttämätöntä.

Terveysteknologian nopea kehitys ja lääkärin työn muutokset vaikeuttavat tulevaisuuden lääkäritarpeen arviointia. Riittävän tiheä tilanteen seuranta ja maltilliset muutokset koulutusmäärissä ovat edellä kuvatusta syystä perusteltuja. On syytä muistaa, että myös tietotekniikan kehityksen arvioitiin parikymmentä vuotta sitten johtavan ”lääkärien korvaamiseen roboteilla”. Perinteinen potilas-lääkäri-suhde on kuitenkin säilyttänyt asemansa ja vuorovaikutustaitojen osaaminen on korostunut. Tietotekniikkaa ei toiveista huolimatta ole nopeuttanut lääkärin työtä vaan useinkin päinvastoin. Lääkäriliitto on todennut, että tietojärjestelmien yhteensopimattomuus aiheuttaa jatkuvasti riskitilanteita potilaiden hoidossa ja toimimattomat tietojärjestelmät haukkaavat jopa 600 lääkärin työpanoksen vuosittain.

7 ERIKOISALAKOHTAISET KOULUTUSTARVEARVIOT

7.1 ERIKOISLÄÄKÄRIT

Kunkin erikoisalan osalta esitetään kolme koulutustarvearviota:

1. Perustiedot:

Erikoisalojen nykyinen erikoislääkärien kokonaismäärä (Lääkäriliiton tilastotieto 1/2016, asuinpaikan mukaan), v. 2030 mennessä eläkeiän (65-v) saavuttavien erikoislääkärien määrä sekä KT:n keräämät tiedot alan virkamäärästä julkisessa terveydenhuollossa ja sairaanhoitopiirin ilmoittama vaje 10/2014. Näiden perustietojen perusteella on laskettu erikoisalan koulutustarve v. 2030 mennessä.

2. Erikoisalayhdistysten arvio:

Alueellinen lääkäritilanne ja – tiheys sekä erikoisalayhdistysten arvio lääkäritarpeesta v. 2030 (% suhteessa nykytilanteeseen) tähän selvitykseen liittyvässä kyselyssä (kyselyvastaukset liitteenä).

3. Selvityshenkilön arvio:

Tarkennettu koulutustarvearvio (= kuinka monta uutta erikoislääkäriä pitää vuosittain valmistua) huomioimalla em. tietojen lisäksi aiemmat alueelliset selvitykset, erikoislääkärien liikkuvuus, alueellinen väestönkehitys ja – rakenne sekä sairastavuustiedot (ks. kappale 6). Lääkäreitä 2030 = alan erikoislääkärimäärä v. 2030 tässä selvityksessä arvioidulla koulutusmäärällä.

Esimerkki alakohtaisten taulukoiden tulkinnasta (gastroenterologia):

Jos huomioidaan vain nykyisen gastroenterologikunnan eläköityminen (59 vuoteen 2030 mennessä), on alan koulutustarve 4/vuosi (Perustiedot-taulukko). Tällä koulutusmäärällä alan erikoislääkäreitä olisi vuonna 2030 saman verran kuin nykyään, n. 110.

Erikoisalayhdistys on arvioinut alan valtakunnalliseksi lääkäritarpeeksi v. 2030 130% nykytilanteeseen nähden (n. 140 erikoislääkäriä). Tämä tarkoittaisi, että uusia erikoislääkäreitä pitäisi valmistua n. 6/vuosi.

Selvityshenkilön arvio-taulukossa on alan koulutusmäärät tasoitettu alueellisesti ja huomioitu edellä kuvatut koulutustarpeeseen vaikuttavat tekijät. Esim. Hyks:n alueen koulutustarve on tämän perusteella yhteensä 26 eli 1,7 valmistuvaa erikoislääkäriä /vuosi. Tällä koulutusmäärällä Hyks:n alueella olisi v. 2030 n.45 gastroenterologian erikoislääkäriä (2.1/100 000 asukasta) + liikkuvuuden perusteella alueelle siirtyvät erikoislääkärit. Oys:n ja Kys:n alueen koulutustavoite/väestömäärä on Hyks-alueita suurempi, koska nämä alueet menettävät erikoislääkäreitä muille alueille.

Niiden erikoisalojen osalta, joiden nykyinen erikoislääkärimäärä on alle 50, esitetään vain valtakunnallinen koulutustarvearvio.

Perustiedot

Erikoisala	Lääkäreitä 2015	Eläköityy 2030 m.	Julk. virat yht.	Julk. vaje, lkm	KOULUTUSTARVE Eläköitym. + vaje	Koulutus/vuosi	Lääkäreitä 2030
Akuuttilääketiede	66	24			24	2	66
Anestesiologia ja tehohoito	813	381	618	20	401	27	833
Endokrinologia	55	30	34	3	33	2	58
Foniatria	20	12	13	0	12	1	20
Fysiatría	167	120	81	11	131	9	178
Gastroenterologia	107	59	65	3	62	4	110
Gastroenterologinen kirurgia	245	121	168	7	128	9	252
Geriatría	243	123	21	6	129	9	249
Ihotaudit ja allergologia	192	107	105	5	112	7	197
Infektiosairaudet	97	48	45	3	51	3	100
Kardiologia	247	116	150	14	130	9	261
Keuhkosairaudet ja allergologia	201	113	178	18	131	9	219
Kl. farmakologia ja lääkehoito	31	17	8	0	17	1	31
Kl. fysiologia ja isotooppilääket.	69	42	57	8	50	3	77
Kl. hematologia	76	40	49	2	42	3	78
Kl. kemia	76	50	39	6	56	4	82
Kl. mikrobiologia	76	50	31	3	53	4	79
Kl. neurofysiologia	76	47	65	3	50	3	79
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	325	174	193	4	178	12	329
Käskirurgia	56	21	34	0	21	1	56
Lastenkirurgia	52	30	45	1	31	2	53
Lastenneurologia	93	51	75	6	57	4	99
Lastenpsykiatria	232	143	178	22	165	11	254
Lastentaudit	582	292	403	20	312	21	602
Liikuntalääketiede	29	17	3	0	17	1	29
Naistentaudit ja synnytykset	675	368	369	18	386	26	693
Nefrologia	84	42	54	5	47	3	89
Neurokirurgia	74	26	64	1	27	2	75
Neurologia	320	159	234	21	180	12	341
Nuorisopsykiatria	168	117	129	20	137	9	188
Oikeuslääketiede	25	13	1	0	13	1	25
Oikeuspsykiatria	55	30	6	1	31	2	56
Ortopedia ja traumatologia	488	209	314	11	220	15	499
Patologia	153	89	123	8	97	6	161
Perinnöllisyyslääketiede	25	18	17	3	21	1	28
Plastiikkakirurgia	107	42	66	4	46	3	111
Psykiatria	919	624	525	70	694	46	989
Radiologia	624	319	522	64	383	26	688
Reumatologia	103	70	58	6	76	5	109
Silmätaudit	478	217	213	11	228	15	489
Sisätaudit	436	225	449	24	249	17	460
Suu- ja leukakirurgia	16	8	11	0	8	1	16
Sydän- ja rintaelinkirurgia	107	77	37	1	78	5	108
Syöpätaudit	173	87	171	18	105	7	191
Terveystenhuolto	78	48	12	0	48	3	78
Työterveyshuolto	814	518	8	0	518	35	814
Urologia	127	69	108	9	78	5	136
Verisuonikirurgia	44	5	67	0	5	0	44
Yleiskirurgia	103	57	142	10	67	4	113
Yleislääketiede	1 760	1070	66	6	1076	72	1766
Yhteensä	12 182	6735		474	7209	481	12655

Akuuttilääketiede

Akuuttilääketieteen erikoisala perustettiin 2013 ja ensimmäisiä 6 vuoden koulutuksen saaneita alan erikoislääkäreitä alkaa valmistua v. 2016. Uuden erikoisalan asema on vielä vakiintumaton ja tämän vuoksi koulutustarpeen arviointi vaatii jatkossa tarkentamista. Erikoisalayhdistyksen näkemys on, että tavoitteena olisi v. 2030 n. 350–400 alan erikoislääkäriä, jotka toimisivat yhteispäivystyksissä sekä vastaisivat mm. valvonta-/tarkkailuosaston potilaiden hoidosta. Osa kirurgian ja sisätautien erikoistuvien lääkärin päivystystyöstä voitaisiin mahdollisesti siirtää jatkossa akuuttilääkäreille.

Alla olevan maltillinen koulutustarvearvio nostaisi alan erikoislääkärin määrän tasaiseksi eri puolilla Suomea suhteessa väestömäärään. Uuden erikoisalan vaikutusta muiden alojen lääkäritarpeeseen on vielä vaikea arvioida.

Selvityshenkilön arvio				
Akuuttilääketiede	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	90	6,0	109	5,2
Tyks	42	2,8	47	5,1
Tays	54	3,6	65	5,6
Kys	36	2,4	41	5,1
Oys	36	2,4	38	5,0
Yhteensä	258	17,2	300	5,2

Anestesiologia ja tehohoito

Anestesiologien määrä on lisääntynyt Suomessa viimeisen 10 vuoden aikana 30 %. Kasvua lisää ulkomaalaistaustaisten erikoislääkärin maahanmuutto. Tutkintoja on suoritettu km. 33/vuosi. Erikoisalayhdistys ja myös aiemmat alueelliset selvityksen arvioivat lääkärimäärän vastaavan tällä hetkellä pääosin palvelutarvetta. Vajetta on Itä- ja Pohjois-Suomessa.

Päivystysasetus tulee vaikuttamaan alan lääkäritarpeeseen. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (20 erikoislääkäriä) perusteella anestesiologien koulutustarve on 27/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

107 %								
Anestesiologia ja tehohoito	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 /100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	314	162	16,5	336	184	12,3	336	15,9
Tyks	131	55	14,6	140	64	4,3	140	15,1
Tays	151	57	13,6	162	68	4,5	162	14,0
Kys	100	47	12,2	107	54	3,6	107	13,2
Oys	117	60	15,8	125	68	4,5	125	16,5
Yhteensä	813	381	14,9	870	438	29,2	870	15,1

Alla olevan selvityshenkilön arvion mukaisella 28/vuosi koulutusmäärällä anestesiologien määrä lisääntyy nykyisestä n. 40 erikoislääkärillä vuoteen 2030 mennessä.

Selvityshenkilön arvio				
Anestesiologia ja tehoahoito	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä /100 000 as
Hyks	156	10,4	308	14,6
Tyks	60	4,0	136	14,6
Tays	76	5,1	170	14,7
Kys	65	4,3	118	14,6
Oys	63	4,2	120	15,8
Yhteensä	420	28,0	852	14,8

Endokrinologia

Endokrinologian työikäisten erikoislääkärien määrä on kaksinkertaistunut v. 2003–15 aikana. Tutkimäärä on viime vuosina ollut km. 4/vuosi. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (3 erikoislääkärinä) perusteella endokrinologien koulutustarve on yhteensä 2/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Työnjaon muutokset sisätautialojen sisällä vaikeuttavat alojen lääkäritarpeen arviointia. Endokrinologisia potilaita hoitavat myös yleissisätautilääkärit ja yleislääketieteen erikoislääkärit. Erikoisalayhdistys on arvioinut, että jokaiseen sairaanhoitopiiriin (tai tulevalle SOTE-alueelle) tarvittaisiin nykytilanteeseen nähden vähintään kaksi endokrinologia lisää. Nykyinen koulutusmäärä vastaa varsin hyvin tähän tarpeeseen ja alan erikoislääkärimäärä tulee kasvaa yli 80 vuoteen 2030 mennessä.

				180 %				
Endokrinologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	21	13	1,1	38	30	2,0	38	1,8
Tyks	11	5	1,2	20	14	0,9	20	2,1
Tays	10	3	0,9	18	11	0,7	18	1,6
Kys	6	5	0,7	11	10	0,7	11	1,3
Oys	7	4	0,9	13	10	0,6	13	1,7
Yhteensä	55	30	1,0	99	74	4,9	99	1,7

Selvityshenkilön arvio				
Endokrinologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä /100 000 as
Hyks	20	1,3	28	1,3
Tyks	9	0,6	15	1,6
Tays	10	0,7	17	1,5
Kys	12	0,8	13	1,6
Oys	9	0,6	12	1,6
Yhteensä	60	4,0	85	1,5

Foniatria

Foniatrien määrä ei ole Suomessa 2000-luvulla lisääntynyt; työikäisiä erikoislääkäreitä oli v. 2015 alussa 20 ja erikoislääkäreitä oli 0,4/100 000 asukasta. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella foniatrian koulutustarve on 1/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Erikoisalayhdistys pitää tavoitteena nykyisen erikoislääkärimäärän kaksinkertaistamista. Alan virkapohja on kuitenkin tällä hetkellä pieni, yht. 15. Evl-virkapohjat voisivat olla kiertäviä työvoimatarpeen mukaan. Alla oleva arvio, joka lisää lääkärimäärää yli 50 % edellyttää nykykoulutuksen kaksinkertaistamista.

Selvityshenkilön arvio				
Foniatria	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Yhteensä	24	1,6	32	0,6

Fysiatria

Fysiatrian eläkepoistuma on lähivuosina erikoisaloista suurimpia vaikka monet alan erikoislääkärit jatkavatkin työuraansa 65 ikävuoden jälkeen. Eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (11 erikoislääkärinä) perusteella fysiatrian koulutustarve on 9/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Viimeisen 10 vuoden tutkintomäärä on kuitenkin ollut vain n. 5 vuosittain. Vain Kuopion yliopiston tuotos ylittää alalta eläköityvien määrän. Alueellisissa selvityksissä ja erikoisalayhdistyksen vastauksessa on tavoitteeksi nähty erikoislääkärimäärän lähes kaksinkertaistaminen tulevaisuudessa. Tämä arvio edellyttäisi kuitenkin niin suurta koulutusmäärien nostoa, että sen toteutuminen on epärealistista erikoistumispaikat ja kouluttajamäärä huomioiden.

				200 %				
Fysiatria	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	63	48	3,3	126	111	7,4	126	6,0
Tyks	26	23	2,9	52	49	3,3	52	5,6
Tays	25	15	2,3	50	40	2,7	50	4,3
Kys	28	15	3,4	56	43	2,9	56	6,9
Oys	25	19	3,4	50	44	2,9	50	6,6
Yhteensä	167	120	3,1	334	287	19,1	334	5,8

Alla olevan arvion erikoislääkärimääräkin edellyttää alan koulutuksen yli kaksinkertaistamista kaikkialla muualla ja Kys:n koulutusmäärän säilyttämistä 2/vuosi.

Selvityshenkilön arvio				
Fysiatria	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	60	4,0	75	3,5
Tyks	30	2,0	33	3,6
Tays	35	2,3	45	3,9
Kys	28	1,9	41	5,1
Oys	30	2,0	36	4,7
Yhteensä	183	12,2	230	4,0

Gastroenterologia

Gastroenterologian erikoislääkärimäärä on 2000-luvulla kasvanut 60 %. Gastroenterologeja on tällä hetkellä Suomessa n. 2/100 000 asukasta. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen perusteella alan koulutustarve on 4/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Aiempien alueellisten selvitysten ja erikoisalayhdistyksen arvion mukaan alan kasvutarvetta on kuitenkin edelleen olemassa. Perusteena on erityisesti tulehduksellisten suolistosairauksien ja alkoholimaksasairauksien lisääntyminen. Erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan gastroenterologien lisätarvetta on erityisesti keskussairaaloissa.

				130 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Gastroenterologia								
Hyks	42	23	2,2	55	36	2,4	55	2,6
Tyks	19	11	2,1	25	17	1,1	25	2,7
Tays	20	10	1,8	26	16	1,1	26	2,2
Kys	14	10	1,7	18	14	0,9	18	2,2
Oys	12	5	1,6	16	9	0,6	16	2,1
Yhteensä	107	59	2,0	139	91	6,1	139	2,4

Tämän selvityksen koulutustarvearvio merkitsee alan koulutuksen lisäämistä Kys:n alueilla.

Selvityshenkilön arvio				
Gastroenterologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	26	1,7	45	2,1
Tyks	14	0,9	22	2,4
Tays	17	1,1	27	2,3
Kys	15	1,0	19	2,3
Oys	11	0,7	18	2,4
Yhteensä	83	5,5	131	2,3

Gastroenterologinen kirurgia

Gastrokirurgien määrä on lisääntynyt Suomessa 2000-luvulla lähes 50 % ja tutkintoja on ollut km. 11/vuosi. Tätä selvitystä varten lähetetyssä kyselyssä lääkärimäärän arvioidaan pääosin vastaavan tällä hetkellä palvelutarvetta. Keskussairaaloissa on kuitenkin myös alan erikoislääkärivajetta ja erikoisalayhdistys arvioi alan operatiivisen tarpeen lisääntyvän mm. väestön ikääntymisen ja kehittyvien hoitomuotojen myötä. Päivystyskirurgian keskittymisen vaikutusta alan lääkäritarpeeseen on vielä vaikea arvioida.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (7 erikoislääkärinä) perusteella gastroenterologisen kirurgian koulutustarve on 9/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

				110 %				
Gastroenterologinen kirurgia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	97	50	5,1	107	60	4,0	107	5,0
Tyks	31	14	3,5	34	17	1,1	34	3,7
Tays	51	26	4,6	56	31	2,1	56	4,9
Kys	36	16	4,4	40	20	1,3	40	4,9
Oys	30	15	4,0	33	18	1,2	33	4,3
Yhteensä	245	121	4,5	270	146	9,7	270	4,7

Alla oleva koulutustarvearvion perusteella koulutusta tulisi lievästi vähentää Hyks:n ja Tays:n alueilla, mutta lisätä muissa yliopistoissa kokonaismäärän pysyessä nykyisellä tasolla.

Selvityshenkilön arvio				
Gastroenterologinen kirurgia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 as	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	58	3,9	105	5,0
Tyks	24	1,6	41	4,4
Tays	30	2,0	55	4,8
Kys	20	1,3	40	4,9
Oys	22	1,5	37	4,9
Yhteensä	154	10,3	278	4,8

Geriatría

Geriatría on 2000-luvulla ollut hyvin suosittu erikoisala ja sen erikoislääkärimäärä on v. 2003–2015 yli kaksinkertaistunut. Erikoislääkäritutkintoja on suoritettu keskimäärin 17 vuosittain.

Nykyisen, ikärakenteeltaan suhteellisen nuoren erikoislääkärin kunnan eläköitymisen perusteella geriatrian koulutustarve on vain 9/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Ikääntyvä väestö on kuitenkin selkeä peruste geriatritarpeen kasvuille, jonka alan erikoislääkäriyhdistys arvioi olevan tulevaisuudessa vähintään 150 %. Tähän tavoitteeseen riittää n. 16 uutta erikoislääkärää vuosittain.

				150 %				
Geriatría	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	74	36	3,9	111	73	4,9	111	5,2
Tyks	41	19	4,6	62	40	2,6	62	6,6
Tays	64	30	5,8	96	62	4,1	96	8,3
Kys	31	18	3,8	47	34	2,2	47	5,7
Oys	33	20	4,4	50	37	2,4	50	6,5
Yhteensä	243	123	4,4	365	245	16,3	365	6,3

Tämän selvityksen koulutustarvearvio nostaa geriatrimäärää nykyisestä yli 100 erikoislääkärillä ja merkitsee nykykoulutuksen lievää vähentämistä Tyks:n, Tays:n ja Kys:n alueilla ja koulutuksen lisäämistä Oys:n ja Hyks:n alueilla.

Selvityshenkilön arvio				
Geriatría	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	70	4,7	108	5,1
Tyks	38	2,5	60	6,5
Tays	45	3,0	79	6,8
Kys	45	3,0	58	7,2
Oys	42	2,8	55	7,2
Yhteensä	240	16,0	360	6,2

Ihotaudit

Ihotautien erikoislääkärimäärä on kasvanut 2000-luvulla vain n. 10 % mikä kuvanee alan kysynnän ja palvelutarjonnan olevan melko hyvin tasapainossa, kuten erikoisalayhdistyskin toteaa. Itä- ja Pohjois-Suomessa on kuitenkin erikoislääkäripulaa, mutta telelääketiede mahdollistaa tulevaisuudessa paremmat diagnoosimahdollisuudet myös etänä.

Ihotautila on erittäin naisvaltainen; 90 % alle 50-vuotiaista erikoislääkäreistä on naisia. Yksityissektorin merkitys ja halukkuus tehdä osa-aikaista sairaalatyötä ovat suuria. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (5 erikoislääkärinä) perusteella ihotautila koulutustarve on 7/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

				120 %				
Ihotaudit ja allergologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	64	35	3,4	77	48	3,2	77	3,6
Tyks	33	22	3,7	40	29	1,9	40	4,3
Tays	44	22	4,0	53	31	2,1	53	4,6
Kys	25	13	3,1	30	18	1,2	30	3,7
Oys	26	15	3,5	31	20	1,3	31	4,1
Yhteensä	192	107	3,5	230	145	9,7	230	4,0

Tämän selvityksen koulutustarvearvio merkitsee alan koulutuksen lisäämistä Tyks:n ja Kys:n alueilla ja vähentämistä Tays:n alueella.

Selvityshenkilön arvio				
Ihotaudit ja allergologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	40	2,7	69	3,3
Tyks	23	1,5	34	3,7
Tays	24	1,6	46	4,0
Kys	20	1,3	32	3,9
Oys	18	1,2	29	3,8
Yhteensä	125	8,3	210	3,6

Infektiosairaudet

Infektiosairauksien erikoislääkärien määrä on 2000-luvulla ollut selvässä kasvussa – tutkintomäärä on ollut km. 5/vuosi ja lääkäreiden määrä on noussut reilusta 50:sta lähes sataan v. 2003–2015. Lääkärimäärä on tällä hetkellä eurooppalaista väestöpohjaista keskitasoa.

Erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan lääkärimäärä vastaa tällä hetkellä pääosin palvelutarvetta, mutta lääkäriajetta on osassa keskussairaaloista. Nykykoulutus on alueellisesti epätasapainoinen; Hyks-alueella tutkintoja on ollut eläköitymiseen nähden kolminkertaisesti ja lääkäritiheys on muuhun maahan nähden korkea. Tyks- ja Kys-alueella koulutusta tulisi lisätä.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (3 erikoislääkäriä) perusteella infektiosairauksien koulutustarve on 3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

				140 %					
Infektiosairaudet	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as	
Hyks	49	29	2,6	69	49	3,2	69	3,2	
Tyks	8	5	0,9	11	8	0,5	11	1,2	
Tays	16	6	1,4	22	12	0,8	22	1,9	
Kys	10	5	1,2	14	9	0,6	14	1,7	
Oys	14	3	1,9	20	9	0,6	20	2,6	
Yhteensä	97	48	1,8	136	87	5,8	136	2,4	

Tämän selvityksen koulutustarvearvion tavoitteena on tasoittaa valtakunnallista erikoislääkärimäärää.

Selvityshenkilön arvio				
Infektiosairaudet	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	26	1,7	46	2,2
Tyks	15	1,0	18	1,9
Tays	11	0,7	21	1,8
Kys	11	0,7	16	2,0
Oys	6	0,4	17	2,2
Yhteensä	69	4,5	118	2,0

Kardiologia

Kardiologien määrä Suomessa on yli kaksinkertaistunut v. 2003–15 välisenä aikana (reilusta sadasta alan lääkäristä n. 250:een). Kasvu on ollut kaikista erikoisaloista 2. suurinta. Tutkintoja on ollut yhteensä km. 13/vuosi. Suomessa on tällä hetkellä 1 kardiologi/21 000 asukasta, kun esim. Hollannissa vastaava luku on 1/17 000. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (14 erikoislääkäriä) perusteella kardiologian koulutustarve on 9/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Erikoisalayhdistyksen ja aiempien alueellisten selvitysten tarvearviot eroavat huomattavasti toisistaan. Vaikka ikääntyvä väestö ja kardiologian päivystystarve kasvaa, vaikuttaa 500 alan erikoislääkäriin tarve (1/12 000 asukasta) v. 2030 epärealistiselta koulutuskapasiteetti ja yhteiskunnan taloudellinen kehitys huomioiden. Lausuntokierroksella erikoislääkäritarve arvioitiin v. 2030 olevan n. 350.

				200 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Kardiologia								
Hyks	72	46	3,8	144	118	7,9	144	6,8
Tyks	46	18	5,1	92	64	4,3	92	9,9
Tays	46	16	4,1	92	62	4,1	92	8,0
Kys	47	22	5,8	94	69	4,6	94	11,6
Oys	36	14	4,9	72	50	3,3	72	9,5
Yhteensä	247	116	4,5	494	363	24,2	494	8,6

Tässä selvityksessä on päädytty arvioon, joka säilyttää koulutusmäärät nykyisellä tasolla. Tälläkin koulutusmäärällä alan kokonaislääkimäärää kasvaa 20–30 % vuoteen 2030 mennessä.

Selvityshenkilön arvio				
Kardiologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	64	4,3	90	4,3
Tyks	28	1,9	56	6,0
Tays	40	2,7	70	6,1
Kys	30	2,0	55	6,8
Oys	28	1,9	50	6,6
Yhteensä	190	12,7	321	5,6

Keuhkosairaudet

Työikäisten keuhkosairauksien erikoislääkärien määrä ei ole Suomessa edellisen 15 vuoden aikana kasvanut lainkaan. Tutkimäärä on viime vuosina ollut km. vain 5/vuosi. Lääkäri-ajetta on erityisesti keskussairaaloissa ja valtakunnallisesti on täyttämättä n. 10 % erikoislääkärien viroista.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon melko suureksi ilmoittaman vajeen (18 erikoislääkärinä) perusteella keuhkosairauksien erikoislääkärien koulutustarve on 9/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

				140 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Keuhkosairaudet ja allergologia								
Hyks	76	37	4,0	106	67	4,5	106	5,0
Tyks	31	16	3,5	43	28	1,9	43	4,7
Tays	39	24	3,5	55	40	2,6	55	4,7
Kys	30	23	3,7	42	35	2,3	42	5,2
Oys	25	13	3,4	35	23	1,5	35	4,6
Yhteensä	201	113	3,7	281	193	12,9	281	4,9

Tämän selvityksen koulutustarvearvio edellyttää Hyks-alueen koulutusmäärän säilyttämistä nykyisellä tasolla ja muiden yliopistojen koulutusmäärien kaksinkertaistamista.

Selvityshenkilön arvio				
Keuhkosairaudet ja allergologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	45	3,0	84	4,0
Tyks	28	1,9	43	4,6
Tays	38	2,5	53	4,6
Kys	30	2,0	37	4,6
Oys	22	1,5	34	4,5
Yhteensä	163	10,9	251	4,4

Kliininen farmakologia

Alan erikoislääkärimäärä on lisääntynyt n. 10 lääkäriä 2000-luvun aikana ja työikäisiä erikoislääkäreitä oli 2015 alussa 31. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella klinisen farmakologian erikoislääkärien koulutustarve on 1/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Lääkärivajetta on erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan erityisesti Itä-Suomessa ja myös alueelliset selvitykset ovat arvioineet alan erikoislääkäritarpeen kasvavan 50 %. Alan professuureja on tällä hetkellä vain Helsingissä ja Turussa ja kouluttajista on pulaa.

Selvityshenkilön arvio				
Kliininen farmakologia ja lääkehoito	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Yhteensä	28	1,9	42	0,7

Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede

Pienen erikoisalan alueellisen koulutustarpeen arviointi on epävarmaa, mutta klinisen fysiologian nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (8 erikoislääkärinä) perusteella alan kokonaiskoulutustarve on 3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Alan erikoislääkärimäärä on kasvanut 2000-luvulla 1 % vuodessa. Alueellisten selvitysten ja erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan alan erikoislääkäreistä on pulaa erityisesti keskussairaaloissa ja Oys:n alueella.

150 %								
Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	29	18	1,5	44	33	2,2	44	2,1
Tyks	16	10	1,8	24	18	1,2	24	2,6
Tays	10	5	0,9	15	10	0,7	15	1,3
Kys	11	6	1,3	17	12	0,8	17	2,0
Oys	3	3	0,4	5	5	0,3	5	0,6
Yhteensä	69	42	1,3	104	77	5,1	104	1,8

Selvityshenkilön arvio				
Kl. fysiologia ja isotooppilääket.	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	25	1,7	36	1,7
Tyks	12	0,8	18	1,9
Tays	12	0,8	17	1,5
Kys	10	0,7	15	1,9
Oys	6	0,4	6	0,8
Yhteensä	65	4,3	92	1,6

Kliininen hematologia

Veritautien prevalenssi sekä hoitojen monimuotoisuus ja intensiteetti lisääntyvät nopeasti. Tämä merkitsee kasvavaa palvelukysyntää tulevaisuudessa. Hematologien määrä on 2000-luvulla lisääntynyt Suomessa 50 % ja tutkintoja on suoritettu km. 4/vuosi. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (2 erikoislääkäriä) perusteella alan erikoislääkärien koulutustarve on 3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Kaikissa alueellisissa selvityksissä on arvioitu alalle kasvutarvetta:

				130 %				
Kliininen hematologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	Aluellisten selvitysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	32	18	1,7	42	28	1,8	42	2,0
Tyks	13	6	1,4	17	10	0,7	17	1,8
Tays	17	10	1,5	22	15	1,0	22	1,9
Kys	10	5	1,2	13	8	0,5	13	1,6
Oys	4	1	0,5	5	2	0,1	5	0,7
Yhteensä	76	40	1,4	99	63	4,2	99	1,7

Selvityshenkilön arvio				
Kliininen hematologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	22	1,5	36	1,7
Tyks	10	0,7	17	1,8
Tays	14	0,9	21	1,8
Kys	9	0,6	14	1,7
Oys	9	0,6	12	1,6
Yhteensä	64	4,3	100	1,7

Kliininen kemia

Kliinisen kemian erikoislääkärien määrä on 2000-luvulla vähentynyt 20 %, kun tutkintoja on suoritettu koko Suomessa alle 2 vuosittain ja nykyinen erikoislääkärikunta on iäkästä. Eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (6 erikoislääkäriä) perusteella alan erikoislääkärien koulutustarve on 4/vuosi, ks. Perustiedot-tilaus s. 42.

Pienen erikoisalan alueellinen koulutustarvearviointi on epävarmaa, mutta kliinisessä kemiassa on kaikissa alueellisissa selvityksissä arvioitu olevan erikoislääkärien lisäystarvetta. Lausuntokierroksen palautteissa koulutusvastuuhenkilöt toivat esiin, että koko laboratoriolääketieteen koulutusta tulisi uudistaa lähemmäs eurooppalaista mallia.

					130 %				
Kliininen kemia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Virkoja yhteensä, lkm	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarve %	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	30	20	18	1,6	39	29	1,9	39	1,8
Tyks	13	10	16	1,4	17	14	0,9	17	1,8
Tays	11	5	3	1,0	14	8	0,6	14	1,2
Kys	12	8	1,5	1,5	16	12	0,8	16	1,9
Oys	10	7	0	1,3	13	10	0,7	13	1,7
Yhteensä	76	50	38,5	1,4	99	73	4,9	99	1,7

Tässä selvityksessä on päädytty koulutustarvearvioon joka edellyttää nykyisten koulutusmäärien kaksinkertaistamista.

Selvityshenkilön arvio				
Kliininen kemia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	20	1,3	30	1,4
Tyks	11	0,7	14	1,5
Tays	11	0,7	17	1,5
Kys	9	0,6	13	1,6
Oys	9	0,6	12	1,6
Yhteensä	60	4,0	86	1,5

Kliininen mikrobiologia

Mikrobiologian erikoislääkärien määrässä ei 2000-luvulla ole tapahtunut juurikaan muutoksia. Erikoisalan oikeudet oli 91 työikäisellä lääkäriä, joten osa alalle valmistuvista suorittaa myöhemmin toisen erikoisalatutkinnon. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (3 erikoislääkäriä) perusteella kliinisen mikrobiologian koulutustarve on 4/vuosi, ks. Perustiedot-tilaus s. 42. Tutkintomäärä on viime vuosina jäänyt km. 3 vuosittain. Aiempien alueellisten selvitysten perusteella alalle on ennustettu 30 % kasvutarvetta. Osassa erä-alueita alan virkamäärä on kuitenkin huomattavan pieni.

				130 %				
Kliininen mikrobiologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	Alueellisten selvitysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	31	23	1,6	40	32	2,2	40	1,9
Tyks	19	10	2,1	25	16	1,0	25	2,7
Tays	11	6	1,0	14	9	0,6	14	1,2
Kys	10	7	1,2	13	10	0,7	13	1,6
Oys	5	4	0,7	7	6	0,4	7	0,9
Yhteensä	76	50	1,4	99	73	4,9	99	1,7

Selvityshenkilön arvio				
Kliininen mikrobiologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	24	1,6	32	1,5
Tyks	11	0,7	20	2,2
Tays	10	0,7	15	1,3
Kys	9	0,6	12	1,5
Oys	8	0,5	9	1,2
Yhteensä	62	4,1	88	1,5

Kliininen neurofysiologia

Kliinisen neurofysiologian erikoislääkärimäärä on kasvanut 2000-luvulla n. 1 % vuosivauhtia. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (4 erikoislääkäriä) perusteella alan koulutustarve on 3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Alan tutkintomäärä on viime vuosina jäänyt alle 3/vuosi, joten koulutusmääriä tulee lisätä. Erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan väestömäärään suhteutettuna vähiten erikoislääkäreitä on Oulun ja Tampereen alueilla. Lisäksi useassa keskussairaalassa ei ole lainkaan virkälääkäreitä, vaan palvelut tuotetaan täysin yksityissektorin toimesta. Erikoisalayhdistyksen tarvearvio on korkeampi kuin aiemmat alueelliset arviot.

				180 %				
Kliininen neurofysiologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	22	14	1,2	40	32	2,1	40	1,9
Tyks	14	9	1,6	25	20	1,3	25	2,7
Tays	17	9	1,5	31	23	1,5	31	2,6
Kys	13	10	1,6	23	20	1,4	23	2,9
Oys	10	5	1,3	18	13	0,9	18	2,4
Yhteensä	76	47	1,4	137	108	7,2	137	2,4

Digitalisaatio ja etälääketieteen mahdollisuudet voivat tulevaisuudessa vaikuttaa diagnostisten alojen lääkäritarpeeseen. Tässä selvityksessä on päädytty varovaiseen koulutustarvearvioon, joka sekin edellyttää nykyisten koulutusmäärien selvää lisäystä ja nostaa alan erikoislääkärimäärää 40 %.

Selvityshenkilön arvio				
Kliininen neurofysiologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	26	1,7	34	1,6
Tyks	14	0,9	19	2,0
Tays	15	1,0	23	2,0
Kys	13	0,9	16	2,0
Oys	10	0,7	15	2,0
Yhteensä	78	5,2	107	1,9

Korva-nenä-kurkkutaudit

Erikoisalan lääkimäärän kasvu on v. 2003–15 ollut maltillista, n. 0,5 % vuosittain. Erikoisalayhdistys arvioikin lääkimäärän vastaavan tällä hetkellä palvelutarvetta.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (4 erikoislääkärinä) perusteella korva-nenä-kurkkutautien koulutustarve on 12/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Nykyisten tutkintomäärien lisäystarvetta on siis vain Kys:n alueella.

				110 %				
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 /100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	115	70	6,0	127	82	5,4	127	6,0
Tyks	60	31	6,7	66	37	2,5	66	7,1
Tays	55	27	5,0	61	33	2,2	61	5,2
Kys	52	25	6,4	57	30	2,0	57	7,1
Oys	43	21	5,8	47	25	1,7	47	6,2
Yhteensä	325	174	5,9	358	207	13,8	358	6,2

Selvityshenkilön arvio				
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	65	4,3	110	5,2
Tyks	30	2,0	59	6,4
Tays	37	2,5	65	5,6
Kys	28	1,9	55	6,8
Oys	30	2,0	52	6,8
Yhteensä	190	12,7	341	5,9

Käsikirurgia

Käsikirurgia on nuori erikoisala, jonka lääkärien määrä on Suomessa lähes kaksinkertaistunut edeltävän reilun 10 vuoden aikana. Erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan käsikirurgia nuorena erikoisalana ei ole kuitenkaan vielä saavuttanut sairaaloiden miehityksen saturaatio-

vaihetta. Edes yliopistosairaaloiden käsiyksiköiden miehitys ei ole kaikin osin hyväksyttävällä tasolla huomioiden mm. päivystystarpeet.

Tällä hetkellä valtaosa vaativasta käsikirurgista ja päivystyskirurgista tehdään Tays:ssa, Hus:ssa ja osin Oys:ssa. Erikoistumissäännöissä on tämän vuoksi sovittu, että Turun ja Kuopion erikoistuvat suorittavat 1 v palveluksestaan em. keskuksissa, joissa näin ollen tarvitaan enemmän erikoistuvien vakansseja (esim. Taysissa nykyisin 4).

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen perusteella käsikirurgian koulutustarve on vain 1/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Erikoisalayhdistys ehdottaa nykyisen koulutusmäärän (3/vuosi) säilyttämistä. Tämä koulutusmäärä lisäisi alan erikoislääkärien määrää 40 % vuoteen 2030 mennessä.

				140 %				
Käsikirurgia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	20	7	1,1	28	15	1,0	28	1,3
Tyks	7	3	0,8	10	6	0,4	10	1,1
Tays	16	5	1,4	22	11	0,8	22	1,9
Kys	8	4	1,0	11	7	0,5	11	1,4
Oys	5	2	0,7	7	4	0,3	7	0,9
Yhteensä	56	21	1,0	78	43	2,9	78	1,4

Tämän selvityksen koulutustarvearviossa on esitetty ko. alueelle tarvittavien uusien erikoislääkärien määrä (vaikka osa koulutuksesta tapahtuisikin em. toisessa yliopistosairaalassa).

Selvityshenkilön arvio					
Käsikirurgia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	15	1,0	28	1,3	
Tyks	6	0,4	10	1,1	
Tays	10	0,7	21	1,8	
Kys	6	0,4	10	1,2	
Oys	6	0,4	9	1,2	
Yhteensä	43	2,9	78	1,4	

Lastenkirurgia

Lastenkirurgien määrä on 2000-luvulla pysynyt lähes samana, työikäisiä erikoislääkäreitä oli 2015 alussa 52. Alan tutkintoja on viime vuosina suoritettu km. 3/vuosi. Työvoimasta on suurissa kasvukeskuksissa lievää ylitarjontaa.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (1 erikoislääkäri) perusteella lastenkirurgien koulutustarve on 2/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Erikoisalayhdistys arvioi lastenkirurgian palvelutarpeen tulevaisuudessa varsin vakaaksi.

				105 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarve %	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Lastenkirurgia								
Hyks	16	10	0,8	17	11	0,7	17	0,8
Tyks	8	4	0,9	8	4	0,3	8	0,9
Tays	10	5	0,9	11	6	0,4	11	0,9
Kys	8	6	1,0	8	6	0,4	8	1,0
Oys	10	5	1,3	11	6	0,4	11	1,4
Yhteensä	52	30	1,0	55	33	2,2	55	0,9

Tämän selvityksen koulutustarvearviossa arviossa on huomioitu lääkärikunnan liikkuvuus pääkaupunkiseudulle:

Selvityshenkilön arvio					
Lastenkirurgia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	10	0,7	16	0,8	
Tyks	6	0,4	10	1,1	
Tays	7	0,5	12	1,0	
Kys	8	0,5	10	1,2	
Oys	6	0,4	11	1,4	
Yhteensä	37	2,5	59	1,0	

Lastenneurologia

Lastenneurologia on pienehkö erikoisala, joka vaatii suppeaa osaamista. Alan erikoislääkärimäärä on kasvanut 2000-luvulla n. 2 % vuosivauhtia ja tutkintoja on suoritettu km. 4/vuosi. Erikoislääkäritiheys on Hyks-alueella muuta Suomea selvästi korkeampi.

Palvelukysynnän alalla arvioidaan tulevaisuudessa pysyvän verraten vakaana. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (6 erikoislääkärinä) perusteella lastenneurologian koulutustarve on 4/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Erikoisalayhdistys arvioi palvelutarpeen lievästi kasvavan, joten koulutusta tulisi lisätä.

				120 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarve %	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Lastenneurologia								
Hyks	45	28	2,4	54	37	2,5	54	2,6
Tyks	12	6	1,3	14	8	0,6	14	1,6
Tays	13	6	1,2	16	9	0,6	16	1,3
Kys	12	7	1,5	14	9	0,6	14	1,8
Oys	11	4	1,5	13	6	0,4	13	1,7
Yhteensä	93	51	1,7	112	70	4,6	112	1,9

Selvityshenkilön arvio				
Lastenneurologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	30	2,0	47	2,2
Tyks	11	0,7	17	1,8
Tays	11	0,7	18	1,6
Kys	11	0,7	16	2,0
Oys	9	0,6	16	2,1
Yhteensä	72	4,8	114	2,0

Lastenpsykiatria

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (22 erikoislääkärinä) perusteella lastenpsykiatrian koulutustarve on 11/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Erikoisalayhdistyksen koulutustarvearvio on maltillinen; huomattavin lisäkoulutuksen tarve on arvioitu olevan Kys:n ja Tays:n alueilla. Ala on psykiatristen alojen naisvaltaisin ja lisäksi viidennes lastenpsykiatrian el-tutkinnon suorittaneista jatkaa erikoistumistaan joko nuorisopsykiatriaan tai psykiatriaan. Em. seikat vähentävät alan työpanosta, joten koulutusmääriä tulee lisätä.

				115 %				
Lastenpsykiatria	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	85	49	4,5	98	62	4,1	98	4,6
Tyks	34	24	3,8	39	29	1,9	39	4,2
Tays	56	35	5,0	64	43	2,9	64	5,6
Kys	25	15	3,1	29	19	1,3	29	3,5
Oys	32	20	4,3	37	25	1,7	37	4,8
Yhteensä	232	143	4,2	267	178	11,9	267	4,6

Tämän selvityksen koulutustarvearvion perusteella suurin koulutuksen lisäystarve on Tyks:n ja Kys:n alueilla.

Selvityshenkilön arvio				
Lastenpsykiatria	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	62	4,1	98	4,6
Tyks	33	2,2	43	4,6
Tays	43	2,9	64	5,5
Kys	28	1,9	38	4,7
Oys	30	2,0	42	5,5
Yhteensä	196	13,1	285	4,9

Lastentaudit

Lastentautien erikoislääkärimäärän kasvu on ollut edellisen 15 vuoden aikana varsin hidasta; alan työikäisten lääkäreiden määrä on lisääntynyt n. 30 lääkäriä. Tutkintoja on suoritettu km. 24/vuosi.

Erikoisalayhdistys arvioi, että alan palvelutarve on varsin hyvin tyydytetty, mutta Suomessa on kuitenkin merkittävä työvoimaepätasapaino yliopistosairaaloiden ja pienempien sairaaloiden välillä. Suomessa on 1 lastenlääkäri /9 000 asukasta, kun esim. Hollannissa määrä on 1/11 000.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (20 erikoislääkärinä) perusteella lastentautien koulutustarve on 21/vuosi, ks. Perustiedotaulukko s. 42. Erikoisalayhdistyksen koulutustarvearvio on maltillinen:

				105 %				
Lastentaudit	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	236	132	12,4	248	144	9,6	248	11,7
Tyks	99	45	11,0	104	50	3,3	104	11,2
Tays	107	50	9,6	112	55	3,7	112	9,7
Kys	70	32	8,6	74	36	2,4	74	9,1
Oys	70	33	9,4	74	37	2,4	74	9,7
Yhteensä	582	292	10,6	611	321	21,4	611	10,6

Alla olevaan selvityshenkilön koulutustarvearvioon on huomioitu lausuntokierroksen palaute, ks. s. 87. Arvio säilyttää koulutusmäärät nykyisellä tasolla ja lisää alan erikoislääkärimäärää yli 70:lla vuoteen 2030 mennessä. SOTE-ratkaisujen vaikutukset mm. lastentautien alan päivystystarpeeseen sekä työnjako yleislääketieteen kanssa tulee jatkossa huomioida lastenlääkäritarvetta arvioitaessa.

Selvityshenkilön arvio				
Lastentaudit	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	126	8,4	230	10,9
Tyks	54	3,6	108	11,6
Tays	75	5,0	132	11,4
Kys	55	3,7	93	11,5
Oys	54	3,6	91	12,0
Yhteensä	364	24,3	654	11,3

Liikuntalääketiede

Liikuntalääketiede on pieni erikoisala, jonka lääkäreiden määrä on kuitenkin lisääntynyt 2000-luvulla. Yli 40 % alan lääkäreistä on toinen erikoisalatutkinto. Työikäisiä erikoislääkäreitä oli v. 2015 alussa 29. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella alan koulutustarve on 1/vuosi, ks. Perustiedot-aulukko s. 42.

Väestön ikääntyminen ja liikunnan merkityksen nousu toimintakyvyn ylläpitämisessä arvioidaan lisäävän alan lääkäritarvetta tulevaisuudessa, joten koulutusta tulisi lisätä.

Selvityshenkilön arvio				
Liikuntalääketiede	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Yhteensä	35	2,3	47	0,8

Naistentaudit ja synnytykset

Naistentautien erikoislääkärimäärä on 2000-luvulla kasvanut n. 1 % vuosivauhtia. Lääkärien työpanosta vähentää alan voimakas naisvaltaistuminen. Naistentautien erikoislääkärimäärän arviointia vaikeuttaa käynnissä oleva synnytysten keskittäminen ja siihen liittyvät sairaaloiden päivystystarpeen muutokset.

Erikoisalayhdistyksen tarvearvio on selvästi aiempia alueellisia yllilääkäri- ja kouluttajavastuuhenkilöarvioita pienempi ja kokonaisuutena lääkärimäärän arvioidaan vastaavan palvelutarvetta. Alan palvelukysyntää olisi tarjontaa enemmän gynekologiassa, missä kaivataan erikoislääkärien jalkautumista perusterveydenhuoltoon jonotilanteen helpottamiseksi.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (18 erikoislääkärinä) perusteella naistentautien koulutustarve on 26/vuosi, ks. Perustiedotaulukko s. 42. Tutkintoja on suoritettu viime vuosina km. 24/vuosi.

				105 %				
Naistentaudit ja synnytykset	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	241	140	12,7	253	152	10,1	253	12,0
Tyks	117	67	13,0	123	73	4,9	123	13,2
Tays	130	65	11,7	137	72	4,8	137	11,8
Kys	95	53	11,6	100	58	3,9	100	12,3
Oys	92	43	12,4	97	48	3,2	97	12,7
Yhteensä	675	368	12,3	709	402	26,8	709	12,3

Tässä selvityksessä on päädytty koulutustarvearvioon, joka merkitsee koulutuksen lisäämistä Tyks:n alueella.

Selvityshenkilön arvio				
Naistentaudit ja synnytykset	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	142	9,5	243	11,5
Tyks	65	4,3	115	12,4
Tays	78	5,2	143	12,4
Kys	58	3,9	100	12,3
Oys	50	3,3	99	13,0
Yhteensä	393	26,2	700	12,1

Nefrologia

Nefrologien määrä on 2000-luvulla lisääntynyt yli 60 %. Tutkintoja on suoritettu km. 4/vuosi. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (5 erikoislääkärinä) perusteella nefrologian koulutustarve on 3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

				130 %					
Nefrologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as	
Hyks	26	14	1,4	34	22	1,5	34	1,6	
Tyks	18	7	2,0	23	12	0,8	23	2,5	
Tays	15	9	1,4	20	14	0,9	20	1,7	
Kys	14	7	1,7	18	11	0,7	18	2,2	
Oys	11	5	1,5	14	8	0,6	14	1,9	
Yhteensä	84	42	1,5	109	67	4,5	109	1,9	

Alla oleva koulutustarvearvio kasvattaa alan lääkimäärää neljänneksellä v. 2030 mennessä.

Selvityshenkilön arvio				
Nefrologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	22	1,5	34	1,6
Tyks	8	0,5	19	2,0
Tays	15	1,0	21	1,8
Kys	8	0,5	15	1,9
Oys	9	0,6	15	2,0
Yhteensä	62	4,1	104	1,8

Neurokirurgia

Neurokirurgien määrässä on tapahtunut viimeisten 15 vuoden aikana merkittävä kasvu: työikäisten alan erikoislääkärien määrä on noussut n. 40:sta yli 70:een. Tutkintoja on suoritettu km. 4/vuosi.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (1 erikoislääkäri) perusteella neurokirurgian koulutustarve on 2/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Erikoisalayhdistyksen ja vastuukouluttajien tarvearvio on selkeästi korkeampi perustuen erityisesti alan päivistystarpeen kasvuun suurissa keskuksissa ja lääkärien vähentyneeseen työpanokseen (vanhempainvapaat, hallinnolliset työt jne.).

				160 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 /100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Neurokirurgia								
Hyks	22	6	1,2	35	19	1,3	35	1,7
Tyks	10	3	1,1	16	9	0,6	16	1,7
Tays	16	7	1,4	26	17	1,1	26	2,2
Kys	14	7	1,7	22	15	1,0	22	2,8
Oys	12	3	1,6	19	10	0,7	19	2,5
Yhteensä	74	26	1,4	118	70	4,7	118	2,1

Tämän selvityksen koulutustarvearvio edellyttää koulutuksen lievää vähentämistä Hyks:n alueella, mutta nostaa alan erikoislääkärimäärän yli 100 vuoteen 2030 mennessä. Alan työllisyystilannetta tulee jatkossa seurata ja arviota tarvittaessa tarkentaa.

Selvityshenkilön arvio					
Neurokirurgia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	15	1,0	31	1,5	
Tyks	9	0,6	16	1,7	
Tays	15	1,0	24	2,1	
Kys	10	0,7	17	2,1	
Oys	7	0,5	16	2,1	
Yhteensä	56	3,7	104	1,8	

Neurologia

Neurologien nykymäärä suhteessa väkilukuun on Suomessa tällä hetkellä samaa luokkaa kuin esim. Hollannissa (1/17 000). Lääkärimäärän kasvu on v. 2003–15 ollut 25 %. Tukintoja on suoritettu km. 13/vuosi. Ongelmana on lääkärikunnan keskittyminen pääkaupunkiseudulle ja yliopistosairaaloihin.

Neurologia on kasvava erikoisala väestön ikääntyessä, neurodegeneratiivisten sairauksien ja erityisesti aivoverenkiertohäiriöiden akuuttihoitoon vaatimien pätevyyden resurssien lisääntymisen myötä. Alan lääkäritarpeen kasvua voi vähentää mm. muistisairauksien hoidon siirtyminen lisääntyvästi geriatreille ja akuuttilääkäreiden osallistuminen pätevyyteen.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (21 erikoislääkäriä) perusteella neurologian koulutustarve on 12/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

				140 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Neurologia								
Hyks	114	61	6,0	160	107	7,1	160	7,5
Tyks	55	26	6,1	77	48	3,2	77	8,3
Tays	65	32	5,9	91	58	3,9	91	7,9
Kys	53	28	6,5	74	49	3,3	74	9,2
Oys	33	12	4,4	46	25	1,7	46	6,1
Yhteensä	320	159	5,8	448	287	19,1	448	7,8

Alla oleva koulutustarvearvio edellyttää koulutuksen lisäämistä erityisesti Tays:n alueella.

Selvityshenkilön arvio				
Neurologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	80	5,3	133	6,3
Tyks	36	2,4	65	7,0
Tays	45	3,0	78	6,7
Kys	33	2,2	58	7,2
Oys	31	2,1	52	6,8
Yhteensä	225	15,0	386	6,7

Nuorisopsykiatria

Nuorisopsykiatria on nuori erikoisala, jonka lääkärimäärä on lisääntynyt 2000-luvulla 50 %. Tutkintoja on suoritettu km. 8/vuosi. Alan erikoislääkärivaje julkisessa terveydenhuollossa on kuitenkin edelleen suuri. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja nykyisen vajeen (20 erikoislääkärää) perusteella nuorisopsykiatrian koulutustarve on 9/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

				130 %				
Nuorisopsykiatria	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	55	42	2,9	72	59	3,9	72	3,4
Tyks	28	18	3,1	36	26	1,8	36	3,9
Tays	39	23	3,5	51	35	2,3	51	4,4
Kys	25	18	3,1	33	26	1,7	33	4,0
Oys	21	16	2,8	27	22	1,5	27	3,6
Yhteensä	168	117	3,1	218	167	11,2	218	3,8

Tämän selvityksen koulutustarvearvio edellyttää koulutuksen lisäämistä kaikissa yliopis-toissa.

Selvityshenkilön arvio				
Nuorisopsykiatria	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	55	3,7	68	3,2
Tyks	24	1,6	34	3,7
Tays	30	2,0	46	4,0
Kys	25	1,7	32	3,9
Oys	24	1,6	29	3,8
Yhteensä	158	10,5	209	3,6

Oikeuslääketiede

Oikeuslääkäreiden määrä on 2000-luvulla pysynyt Suomessa vakiona; työikäisiä lääkäreitä oli 2015 alussa 25. Tutkintoja on suoritettu 1 vuodessa. Alan nykyiset erikoistumispaikat on pääosin luotu paikallisesti erityisjärjestelyin, joiden jatkuvuus on epävarmaa. Oikeuslääketieteen palvelu suoritetaan oikeuslääketieteen yksiköissä, osastoissa ja laitoksissa Helsingissä, Turussa, Tampereella ja Oulussa. Oulussa ja Turussa erikoistumiseen on käytetty yliopiston toimia. Tampereella virat on maksettu lääninhallituksen ja yliopiston välisen sopimuksen perusteella.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella oikeuslääketieteen koulutustarve on jatkossakin 1/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Alalla nähdään kuitenkin olevan lääkäri työvoiman lisäystarvetta.

Selvityshenkilön arvio				
Oikeuslääketiede	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Yhteensä	20	1,3	32	0,6

Oikeuspsykiatria

Oikeuspsykiatrian erikoislääkärimäärä on v. 2003–15 välillä lähes kaksinkertaistunut ja lääkäreitä oli v. 2015 alussa 55. Professori Tiihonen arvioikin tätä selvitystä varten lähetetyssä kyselyssä, ettei alan koulutusvolyyymissa ei ole tällä hetkellä merkittävää muutostarvetta puoleen tai toiseen.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella oikeuspsykiatrian koulutustarve on 2/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Tämä vastaa nykyisiä tutkintomääriä.

Selvityshenkilön arvio				
Oikeuspsykiatria	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Yhteensä	33	2,2	58	1

Ortopedia ja traumatologia

Ortopedien määrä on Suomessa v. 2003–15 kasvanut yli 50 %, 325:sta lähes 500 erikoislääkäriin. Erikoisalayhdistys arvioikin, ettei suhteellista kasvutarvetta lähitulevaisuudessa enää ole.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (10 erikoislääkäriä) perusteella ortopedian koulutustarve on 15/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Erikoisalayhdistyksen arvio on samansuuntainen. Viime vuosien tutkintomäärä on ollut km. 22/vuosi eli koulutusta tulee selkeästi vähentää, erityisesti Hyks:n, Tays:n ja Oys:n alueilla.

				110 %				
Ortopedia ja traumatologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	186	91	9,8	205	110	7	205	9,7
Tyks	77	39	8,6	85	47	3	85	9,1
Tays	113	48	10,2	124	59	4	124	10,8
Kys	55	19	6,7	61	25	2	61	7,5
Oys	57	12	7,7	63	18	1	63	8,3
Yhteensä	488	209	8,9	537	258	17	537	9,3

Selvityshenkilön arvio				
Ortopedia ja traumatologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	75	5,0	170	8,0
Tyks	38	2,5	76	8,2
Tays	44	2,9	109	9,4
Kys	28	1,9	64	7,9
Oys	24	1,6	69	9,1
Yhteensä	209	13,9	488	8,5

Patologia

Patologioiden määrä ei 2000-luvulla ole lisääntynyt lainkaan. Tutkintoja on suositettu km. 5-6 vuosittain. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (8 erikoislääkärinä) perusteella patologian koulutustarve on 6/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Erikoisalayhdistyksen lääkäritarvearvio on tässä selvityksessä aiempia alueellisia selvityksiä korkeampi. Pienten yksiköiden toimintavarmuus on isoja huonompi ja esim. syöpäkirurgia edellyttää sairaalassa toimivaa patologia järeleikkeen analysointiin.

				130 %				
Patologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	58	35	3,0	75	52	3,5	75	3,6
Tyks	27	17	3,0	35	25	1,7	35	3,8
Tays	25	14	2,3	33	22	1,4	33	2,8
Kys	21	11	2,6	27	17	1,2	27	3,4
Oys	22	12	3,0	29	19	1,2	29	3,8
Yhteensä	153	89	2,8	199	135	9,0	199	3,4

Alan koulutusvastuuhenkilöt arvioivat, että perusdiagnostiikan osa pysyy ennallaan ja näytettä kohden tehtävän työmäärän kasvu tulee myös jatkumaan johtaen lisääntyvään työvoimatarpeeseen analyysien tarkentuessa.

Toisaalta patologian alalla näyttemateriaalin digitalisoituminen vaikuttaa tulevaisuudessa merkittävästi erikoisalan toimintaan ja työvoimatarpeeseen (esim. etätyö). Työnjako esim. kliinisen genetiikan ja kliinisen kemian laboratoriorien välillä on kuitenkin vielä vakiintumaton. Em. syistä johtuen tässä selvityksessä on päädytty varovaiseen koulutusarvioon, joka sekin edellyttää koulutuksen merkittävää lisäämistä.

Selvityshenkilön arvio				
Patologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	38	2,5	61	2,9
Tyks	18	1,2	28	3,0
Tays	22	1,5	33	2,9
Kys	16	1,1	26	3,2
Oys	15	1,0	25	3,3
Yhteensä	108	7,2	172	3,0

Perinnöllisyyslääketiede

Perinnöllisyyslääketiede on alan pienuudesta huolimatta voimakkaassa kasvuvaiheessa sairauksien geenitiedon ja geenidiagnostiikan tarpeen erittäin nopean kasvun vuoksi. Perinnöllisten sairauksien hoito on keskitetty yliopistosairaaloihin, ja Suomessa oli v. 2015 alussa 25 alan erikoislääkärinä. Lähes kaikki erikoislääkäritutkinnot (km. 1/vuosi) on 2000-luvulla suoritettu Helsingin yliopistossa ja haasteena on lääkärin rekrytointi muihin yliopistosairaaloihin, joissa on tällä hetkellä merkittävä vaje. Erikoislääkärin virkoja on yliopistosairaaloissa tällä hetkellä yhteensä n. 20.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (4 erikoislääkärinä) perusteella perinnöllisyyslääketieteen koulutustarve on 1/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Alan koulutusvastuuhenkilöt kuitenkin arvioivat, että alalla on merkittävä lisäkoulutustarve perustuen mm. lääketieteellisen genetiikan kehitykseen.

Selvityshenkilön arvio				
Perinnöllisyyslääketiede	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Yhteensä	31	2,1	38	0,7

Plastiikkakirurgia

Plastiikkakirurgien määrä on kaksinkertaistunut v. 2003–15 välisenä aikana (n. 50 erikoislääkärinä yli 100:aan). Lääkärimäärän arvioidaan vastaavan tällä hetkellä palvelukysyntää. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (4 erikoislääkärinä) perusteella plastiikkakirurgian koulutustarve on 3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Viime vuosina tutkintomäärä on ollut km. 6/vuosi eli koulutusta tulee selkeästi vähentää, erityisesti Hyks:n alueella. Myös erikoisalayhdistyksen arvio tukee tätä johtopäätöstä.

				120 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Plastiikkakirurgia								
Hyks	55	23	2,9	66	34	2,3	66	3,1
Tyks	11	4	1,2	13	6	0,4	13	1,4
Tays	16	6	1,4	19	9	0,6	19	1,7
Kys	15	5	1,8	18	8	0,5	18	2,2
Oys	10	4	1,3	12	6	0,4	12	1,6
Yhteensä	107	42	2,0	128	63	4,2	128	2,2

Selvityshenkilön arvio				
Plastiikkakirurgia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	23	1,5	55	2,6
Tyks	11	0,7	18	1,9
Tays	10	0,7	20	1,7
Kys	6	0,4	16	2,0
Oys	7	0,5	13	1,7
Yhteensä	57	3,8	122	2,1

Psykiatria

Psykiatrian alan erikoislääkärimäärä on lisääntynyt 2000-luvulla n. 6 %. Nykyinen lääkäritiheys on korkeaa eurooppalaista tasoa (1 psykiatri/5 000 asukasta).

Työterveyshuolto ja perusterveydenhuolto hoitavat kuitenkin merkittävää osaa alan potilaista. Erikoisalayhdistys arvioi, että nykyisellä psykiatrimäärällä kyettäisiin vastaamaan kansanterveydellisesti merkittävien psykiatrinen sairauksien hoitoon nykyistä paremmin, mikäli työvoiman jakautuminen olisi kansallisesti tasaisempaa. Noin 10 % psykiatreista suorittaa myöhemmin toisen erikoisalan tutkinnon.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (70 erikoislääkäriä) perusteella psykiatrian koulutustarve on 46/vuosi, ks. Perustiedotaulukko s. 42.

				120 %				
	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Psykiatria								
Hyks	366	244	19,2	439	317	21	439	20,8
Tyks	136	88	15,1	163	115	8	163	17,6
Tays	185	132	16,7	222	169	11	222	19,2
Kys	129	89	15,8	155	115	8	155	19,1
Oys	103	71	13,9	124	92	6	124	16,3
Yhteensä	919	624	16,8	1103	808	54	1103	19,1

Alueellisten selvitysten lääkäritarvearviot ennustavat alalle +20 % lisäystarvetta tulevaisuudessa. Tämä määrä edellyttäisi kuitenkin yliopistoittain niin suurta koulutusmäärien lisäystä, ettei siihen käytännössä ole mahdollisuutta (tutkintomäärä on 2000-luvulla ollut km. 27/vuosi). Tästä syystä tässä selvityksessä on päädytty maltillisempaan koulutustarvearvioon, jonka tavoitteena on eläköitymisen ja nykyisen vajeen kattaminen. Tämäkin edellyttää koulutuksen huomattavaa lisäämistä.

Selvityshenkilön arvio				
Psykiatria	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	240	16,0	362	17,1
Tyks	105	7,0	153	16,5
Tays	145	9,7	198	17,1
Kys	100	6,7	140	17,3
Oys	100	6,7	132	17,4
Yhteensä	690	46,0	985	17,1

Radiologia

Radiologimäärän kasvu on ollut 2000-luvulla n. 1 %/vuosi. Suomessa on tällä hetkellä 1 radiologi/9 000 asukasta (esim. Hollannissa vastaava luku on 1/14 000). Julkisen terveydenhuollon ilmoittama vaje on kuitenkin tällä varsin suuri. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja vajeen (64 erikoislääkärinä) perusteella radiologian koulutustarve on 26/vuosi, ks. Perustietotaulukko s. 42.

Erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan pääkaupunkiseudulla koulutettavat radiologit jäävät yksityissektorille ja esim. Itä-Suomessa ja Pirkanmaalla on pulaa julkisella sektorilla. Radiologikoulutuksen muututtua 6-vuotiseksi lisääntyvää koulutusvirkojen tarvetta yosairaaloissa ei ole huomioitu.

				120 %				
Radiologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	222	107	11,7	266	151	10,1	266	12,6
Tyks	106	64	11,8	127	85	5,7	127	13,7
Tays	122	60	11,0	146	84	5,6	146	12,7
Kys	82	40	10,0	98	56	3,8	98	12,1
Oys	92	48	12,4	110	66	4,4	110	14,5
Yhteensä	624	319	11,4	749	444	29,6	749	13,0

Huomioiden Suomen tämänhetkinen, eurooppalaisittain korkea radiologitiheys ja mm. digitalisaation mahdollisuudet diagnostiikassa, on tässä selvityksessä päädytty varovaiseen koulutustarvearvioon, joka kuitenkin tarkoittaa nykykoulutusmäärän (km. 21/v) selvää lisäämistä muilla alueilla paitsi Helsingissä.

Selvityshenkilön arvio				
Radiologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	130	8,7	245	11,6
Tyks	72	4,8	114	12,3
Tays	77	5,1	139	12,0
Kys	58	3,9	100	12,3
Oys	53	3,5	97	12,8
Yhteensä	390	26,0	695	12,0

Reumatologia

Reumatologien määrä on lisääntynyt 2000-luvulla neljänneksellä. Merkittävää osaa reumapotiilaista hoitavat kuitenkin edelleen yleissisätautilääkärit. Nykyisen reumatologikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (6 erikoislääkärinä) perusteella reumatologian koulutustarve on 5/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Tutkintoja on viime vuosina ollut vain n. 4/vuosi.

				120 %				
Reumatologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	36	27	1,9	43	34	2,3	43	2,0
Tyks	15	9	1,7	18	12	0,8	18	1,9
Tays	23	17	2,1	28	22	1,4	28	2,4
Kys	14	11	1,7	17	14	0,9	17	2,1
Oys	15	6	2,0	18	9	0,6	18	2,4
Yhteensä	103	70	1,9	124	91	6,0	124	2,1

Aiemmissa alueellisissa selvityksissä erikoisalan kasvutarpeeksi on arvioitu yli 50 %, mutta erikoisalayhdistyksen tarvearvio on maltillisempi perustuen alan lääketieteellisen kehityksen muutoksiin.

Alla esitetty koulutustarvearvio tarkoittaa kuitenkin alan nykykoulutuksen selvää (50 %) lisäämistä.

Selvityshenkilön arvio				
Reumatologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	32	2,1	41	1,9
Tyks	13	0,9	19	2,0
Tays	22	1,5	28	2,4
Kys	15	1,0	18	2,2
Oys	9	0,6	18	2,4
Yhteensä	91	6,1	124	2,1

Silmätaudit

Suomessa on eurooppalaisittain paljon silmälääkäreitä (väestömäärään suhteutettuna puolet enemmän kuin esim. Hollannissa ja enemmän kuin Ruotsissa). Osa-aikaisten viranhaltijoiden osuus kaikista viranhaltijoista on erikoisalojen suurin ja yli 50 % lääkäreistä työskentelee päätoimisesti yksityissektorilla, joka on suhdanneherkkä taloudelliselle lamalle.

Erikoisalayhdistyksen vastaus tässä selvityksessä kiteyttää hyvin monen erikoisalan tulevaisuuden kehitysmahdollisuuksia: Teknologian kehittyminen on lisännyt viimeisten vuosien aikana tehtyjen tutkimusten määrää ja suoritteita erikoissairaanhoidossa lisäten työvoimatarvetta. Tulevaisuuden teknologian kehitys saattaa kuitenkin muuttaa diagnostisten tutkimusten ja seurantojen toteutusta vähentäen tarvetta käydä lääkärin vastaanotolla. Myös etäkonsultaatioiden mahdollisuudet ja potilaiden omaseuranta lisääntyy.

Nykyisen silmälääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (11 erikoislääkärinä) perusteella silmätautien koulutustarve on 15/vuosi, ks. Perustiedotaulukko s. 42. Erikoisalayhdistys arvio tukee eläköitymisen kattamiseen ja alueelliseen tasapainoon tähtäävää koulutustarvearviota, joka merkitsee nykyisen koulutusmäärän (19/vuosi) vähentämistä.

				100 %				
Silmätaudit	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	166	79	8,7	166	79	5,3	166	7,8
Tyks	84	46	9,4	84	46	3,1	84	9,0
Tays	88	31	7,9	88	31	2,1	88	7,6
Kys	78	32	9,6	78	32	2,1	78	9,6
Oys	62	29	8,4	62	29	1,9	62	8,2
Yhteensä	478	217	8,7	478	217	14,5	478	8,3

Tämän selvityksen tarvearvio merkitsee alan koulutuksen vähentämistä kaikilla muilla alueilla paitsi Tyks:ssa.

Selvityshenkilön arvio				
Silmätaudit	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	72	4,8	159	7,5
Tyks	42	2,8	80	8,6
Tays	35	2,3	92	8,0
Kys	28	1,9	74	9,1
Oys	34	2,3	67	8,8
Yhteensä	211	14,1	472	8,2

Sisätaudit

Yleissisätautien erikoislääkärikoulutuksen asema on v. 1999 tutkintouudistuksen jälkeen ollut epäselvä. Entisille sisätautien suppeille erikoisaloille on mahdollista erikoistua suoraan ilman yleissisätautien spesialiteettia, mutta käytännössä tämä toteutuu pääsoin vain kardiologiassa. Toimiminen erikoislääkärinä keskussairaalassa edellyttää sisätautista yleisosaamista. Yli puolet yleissisätautien erikoislääkäreistä suorittaa myöhemmin toisen sisätautialan tutkinnon. Toisaalta erikoisalojen pirstoutuminen yhä kapeampiin osaamisalueisiin jatkuu.

Yleissisätautien koulutustarpeesta on erittäin vaikeaa tehdä arviota. Tutkintoja on suoritettu viime vuosina km. 30 vuosittain. Yleissisätautien erikoisalan oikeudet on n. 1200 työikäisellä lääkäriellä eikä tässä määrässä ole 2000-luvulla tapahtunut muutoksia. Lääkäriliiton tilastoissa sisätaudit oli viimeisin suoritettu erikoisala v. 2015 alussa 436 lääkäriellä. Heistä puolet eläköityy v. 2030 mennessä eli he eivät oletettavasti suorita enää uusia tutkintoja. Alan koulutustarve eläköityvien lääkäreiden osalta olisi siis 15/vuosi.

Erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan lääkäritarve olisi 120 % ja aiemmat alueelliset selvitykset ovat arvioineet alalle vähäistä lääkäritarpeen kasvua.

Selvityshenkilön arvio				Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Sisätaudit	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	
Hyks	100	6,7	191	9,0
Tyks	40	2,7	81	8,7
Tays	48	3,2	83	7,2
Kys	30	2,0	57	7,0
Oys	37	2,5	54	7,1
Yhteensä	255	17,0	466	8,1

Suu- ja leukakirurgia

Lääkäriliiton tilaston mukaan 2015 alussa Suomessa oli 16 työikäistä suu- ja leukakirurgian erikoislääkäreitä. Heistä puolet eläköityy v. 2030 mennessä. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella leukakirurgien koulutustarve on 1/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42.

Leuka- ja kasvokirurgian yhdistys arvioi kuitenkin, että suu- ja leukakirurgien lisätarve on tulevaisuudessa merkittävä, koska 15 SOTE-piirin alueella tarvitaan suukirurgian erikoishammaslääkäreitä laajojen potilasryhmien (mutta helppoja toimenpiteitä) hoitoketjuissa ja 5 yliopistosairaalan alueella tarvitaan leukakirurgian erikoislääkäreitä suppeiden mutta vaativien hoitojen toteuttamiseksi.

Suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkärien koulutustarve on arvioitu erikoishammaslääkärien osiossa, ks. sivu 84. Arvion perusteella suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkäreitä olisi v. 2030 n. 90.

Alla oleva leukakirurgien koulutustarvearvio perustuu em. erikoisalayhdistyksen näkemykseen ja edellyttää nykykoulutuksen (n. 1/vuosi) lisäämistä 1,6/vuosi. Leukakirurgiaa olisi v. 2030 tällä koulutuksella n. 30.

				200 %				
Suu- ja leukakirurgia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistyksen tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	13	7	0,7	20	14	0,9	20	0,9
Tyks	1	0	0,1	3	2	0,1	3	0,3
Tays	1	0	0,1	3	2	0,1	3	0,3
Kys	0	0	0,0	3	3	0,2	3	0,4
Oys	1	1	0,1	3	3	0,2	3	0,4
Yhteensä	16	8	0,3	32	24	1,6	32	0,6

Sydän- ja rintaelinkirurgia

Lääkäriliiton tilastoissa kaikki vanhan erikoisalayjärjestelmän thorax- ja verisuonikirurgit on siirretty kuulumaan sydän- ja rintaelinkirurgian erikoisalaan, vaikka suuri osa heistä tekee verisuonikirurgiaa. Yhteensä näiden kahden erikoisalan lääkäreitä on Suomessa tällä hetkellä n. 150 ja heistä n. 80 eläköityy v. 2030 mennessä.

Thorax-kirurgiyhdistyksen tekemän selvityksen mukaan thoraxkirurgiaa teki julkisessa terveydenhuollossa v. 2014 n. 70 alan erikoislääkäreitä, joista yli puolet saavuttaa eläkeiän 2030 mennessä. Verisuonikirurgina työskenteli siis n. 30 sydän- ja rintaelinkirurgien erikoisalan tilastoon kuuluvaa lääkäriä + n. 40 verisuonikirurgian erikoisalatilastoon kuuluvaa lääkäriä (ks. sivu 70).

Em. syystä alueellista koulutustarvearviointitaulukkoa ei voi tässä selvityksessä esittää. Selvityshenkilön arvio perustuu aiempiin alueellisiin selvityksiin ja erikoisalayhdistyksen arvioon ja merkitsee sydän- ja rintaelinkirurgian nykyisen koulutusmäärän (yht. 2/vuosi) lisäämistä Tyks:n ja Kys:n osalta.

Selvityshenkilön arvio				
Sydän- ja rintaelinkirurgia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	18	1,2	26	1,2
Tyks	8	0,5	11	1,2
Tays	10	0,7	17	1,5
Kys	6	0,4	12	1,5
Oys	6	0,4	12	1,6
Yhteensä	48	3,2	78	1,4

Syöpätaudit

Syöpätautien erikoislääkärimäärä on kasvanut 2000-luvulla 50 % eli kasvu on ollut varsin voimakasta. Tutkintoja on suoritettu km. 8/vuosi. On arvioitu, että syöpätautien määrä lisääntyy seuraavan vuosikymmenen aikana runsaan neljänneksen nykyisestä mm. väestön ikääntymisessä.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (18 erikoislääkäreitä) perusteella syöpätautien koulutustarve on 7/vuosi, ks. Perustiedotaulukko s. 42.

				150 %				
Syöpätaudit	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	60	30	3,2	90	60	4,0	90	4,3
Tyks	31	14	3,5	47	30	2,0	47	5,0
Tays	37	17	3,3	56	36	2,4	56	4,8
Kys	25	16	3,1	38	29	1,9	38	4,6
Oys	20	10	2,7	30	20	1,3	30	4,0
Yhteensä	173	87	3,2	260	174	11,6	260	4,5

Erikoisalayhdistyksen tarvearvio on varsin korkea. Tässä selvityksessä on päädytty varovaisempaan arvioon, joka sekin nostaa alan erikoislääkärimäärää v. 2030 mennessä yli kolmanneksella.

Selvityshenkilön arvio				
Syöpätaudit	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	42	2,8	72	3,4
Tyks	25	1,7	42	4,5
Tays	32	2,1	52	4,5
Kys	28	1,9	37	4,6
Oys	24	1,6	34	4,5
Yhteensä	151	10,1	237	4,1

Terveydenhuolto

Terveydenhuollon tärkeimmät toiminta-alueet ovat terveydenhuollon tutkimus, hallinto ja johtaminen sekä kansanterveystyö. Merkittävä osa koulutuspaikkaresursseista on ollut yliopistojen puolella. Jatkossa erikoistumiseen soveltuvia tehtäviä voisi olla esim. Sote-organisaatioiden hallinnossa.

Terveydenhuollon erikoislääkäreitä oli v. 2015 alussa 78. Lääkimäärä on noussut 2000-luvulla yli 50 %. Tutkintoja on suoritettu viime vuosina km. 6 vuosittain (Helsinki 2, Oulu 2 ja Turku 1). Alan nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella terveydenhuollon koulutustarve on 3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 42. Alla oleva arvio nostaa alan erikoislääkimäärän yli sataan v. 2030 mennessä. Monilla terveydenhuollon erikoislääkäreillä on kaksoistutkinto toiselta erikoisalalta.

Selvityshenkilön arvio				
Terveydenhuolto	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Yhteensä	75	6,0	115	1,8

Työterveyshuolto

STM:n raportissa ”Työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen arviointi kaudelta 2009–2013” todetaan, että Suomen lainsäädäntö on edellyttänyt vuodesta 2002 alkaen, että päätoimisesti työterveyshuollossa toimivat lääkärit ovat työterveyshuollon erikoislääkäreitä. Erikoislääkärikoulutusta on tuettu erillisrahoituksella vuodesta 2005 ja tutkintojen määrä on ollut tästä alkaen km. 47/vuosi.

Työterveyshuollossa toimi v. 2015 alussa noin 1 300 kokoaikaista ja 700 osa-aikaista lääkärinä. Työikäisiä työterveyshuollon erikoislääkäreitä oli 814 eli työterveyshuollossa toimii edelleen paljon ns. pätevöittävän koulutuksen suorittaneista lääkäreitä. Raportti esittää, että erikoislääkäritarpeen tyydyttäminen edellyttää vähintään 45–50 työterveyshuollon erikoislääkäritutkinnon suorittamista vuosittain.

Työterveyshuollon erikoislääkimäärä on em. toimenpiteiden avulla kasvanut 15 vuoden aikana 50 %. Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella alan koulutustarve on

jatkossa 35/vuosi, ks. Perustiedot-tilukko s. 42. Em. raportin ja erikoisalayhdistyksen tarvearvio ovat selkeästi korkeammat.

				125 %				
Työterveyshuolto	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	322	217	16,9	403	298	20	403	19,0
Tyks	114	70	12,7	143	99	7	143	15,3
Tays	166	90	14,9	208	132	9	208	17,9
Kys	101	71	12,4	126	96	6	126	15,6
Oys	111	70	15,0	139	98	7	139	18,3
Yhteensä	814	518	14,9	1018	722	48	1018	17,6

Työterveyshuollon roolin mahdollinen muuttuminen SOTE-ratkaisun myötä vaikeuttaa lääkäritarpeen arviota. Tämän vuoksi tässä selvityksessä on päädytty varovaiseen koulutustarpeen arvioon, joka sekkinostaa työterveyslääkäreiden määrän lähes 1000 vuoteen 2030 mennessä.

Selvityshenkilön arvio					
Työterveyshuolto	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	252	16,8	357	16,9	
Tyks	108	7,2	152	16,4	
Tays	125	8,3	201	17,4	
Kys	95	6,3	125	15,4	
Oys	80	5,3	121	15,9	
Yhteensä	660	44,0	956	16,6	

Urologia

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (9 erikoislääkäriä) perusteella urologian koulutustarve on 5/vuosi, ks. Perustiedot-tilukko s. 42.

Nykyiseen koulutusvolyyymiin (5/vuosi) tarvitaan lisäystä vain Kys-alueella.

				110 %				
Urologia	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	39	22	2,0	43	26	1,7	43	2,0
Tyks	26	12	2,9	29	15	1,0	29	3,1
Tays	31	17	2,8	34	20	1,3	34	2,9
Kys	13	7	1,6	14	8	0,6	14	1,8
Oys	18	11	2,4	20	13	0,9	20	2,6
Yhteensä	127	69	2,3	140	82	5,4	140	2,4

Selvityshenkilön arvio				
Urologia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	26	1,7	43	2,0
Tyks	13	0,9	27	2,9
Tays	19	1,3	33	2,9
Kys	14	0,9	20	2,5
Oys	13	0,9	20	2,6
Yhteensä	85	5,7	143	2,5

Verisuonikirurgia

Lääkäriliiton tilastoissa kaikki vanhan erikoisalakijärjestelmän thorax- ja verisuonikirurgit on siirretty kuulumaan sydän- ja rintaelinkirurgian erikoisalaan, vaikka suuri osa heistä tekee verisuonikirurgiaa. Em. syystä alueellista koulutustarvearviointitaulukkoa ei voi esittää.

Tässä selvityksessä on arvioitu, että verisuonikirurgina toimivia erikoislääkäreitä on tällä hetkellä n. 70 ja heistä n. 40 saavuttaa eläkeiän 2030 mennessä. Koulutusarvion perusteena on alan eläköitymisen korvaaminen ja se merkitsee nykykoulutuksen tason (3-4 tutkintoa/vuosi) säilyttämistä.

Selvityshenkilön arvio				
Verisuonikirurgia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	18	1,2	30	1,4
Tyks	6	0,4	13	1,4
Tays	9	0,6	17	1,5
Kys	8	0,5	15	1,9
Oys	8	0,5	13	1,7
Yhteensä	49	3,3	88	1,5

Yleiskirurgia

Yleiskirurgian erikoislääkäritarpeen arviointi on vaikeaa, koska alan asema kirurgisten erikoisalojen joukossa on epäselvä. Erikoisalayhdistys toteaa, että yleiskirurgeja tarvitaan erityisesti pehmytkudoskirurgiaan ja keskussairaaloiden pätevyyden säilyttämiseksi pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Toisaalta tuleva SOTE-ratkaisu vaikuttaa sairaaloiden pätevyyden resurssitarpeisiin.

Niiden erikoislääkärien määrä, joilla on yleiskirurgian oikeudet on 2000-luvulla vähentynyt 25 % (768 lääkäriä v. 2015 alussa). 80 % yleiskirurgian tutkinnon suorittaneista on myöhemmin erikoistunut toiselle kirurgian alalle ja yleiskirurgia on viimeisimpänä tutkintona tällä hetkellä reilulla 100 lääkäriä.

Viime vuosina yleiskirurgian tutkintoja on suoritettu km. vain 3 vuosittain (2000-luvun alussa vielä yli 20/vuosi). Yliopistojen koulutusohjelmiin on kuitenkin ilmoittautunut tällä hetkellä yli 100 lääkärää.

Nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen ja julkisen terveydenhuollon ilmoittaman vajeen (10 erikoislääkärää) perusteella yleiskirurgian koulutustarve on 4/vuosi, ks. Perustiedotaulukko s. 42.

Erikoisalayhdistyksen koulutustarvearvio on 5/vuosi, jolloin koulutus voisi toteutua pääosin muissa kuin Helsingin yliopistossa.

Selvityshenkilön arvio				
Yleiskirurgia	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 /100 000 as	
Hyks	10	0,7	20	0,9
Tyks	14	0,9	25	2,7
Tays	16	1,1	30	2,6
Kys	13	0,9	18	2,2
Oys	18	1,2	24	3,2
Yhteensä	71	4,7	117	2,0

Yleislääketiede

Yleislääketieteen erikoislääkärimäärän kasvu on v. 2003–15 välillä ollut varsin hidasta, lääkärimäärä on lisääntynyt n. 0,5 % vuosivauhtia vaikka terveydenhuoltopolitiikassa on pyritty perusterveydenhuollon vahvistamiseen. 20 % yleislääketieteen erikoislääkäreiksi valmistuvista suorittaa myöhemmin toisen erikoisalan tutkinnon. Suosituin on geriatría.

Yleislääketieteen nykyinen erikoislääkärikunta on iäkästä ja 60 % heistä saavuttaa eläkeiän v. 2030 mennessä. Tällä hetkellä ainoastaan Tampereen yliopiston erikoislääkärituotos ylittää selvästi tulevaisuuden eläköitymisen kokonaistutkintomäärän ollessa Suomessa viime vuosina km. 76/vuosi.

Eläköitymisen perusteella yleislääketieteen erikoislääkärien koulutustarve on yhteensä 72/vuosi, ks. Perustiedotaulukko s. 42. Tämä ei kuitenkaan huomioi perusterveydenhuollon tämänhetkistä vajetta eikä sitä, että tulevaisuuden tavoitteena on pidetty erikoislääkäreiden osuuden nostamista perusterveydenhuollon lääkäreistä.

Erikoisalayhdistyksen näkemys nykyisen lääkärimäärän kaksinkertaistamisesta edellyttäisi niin suurta koulutusmäärien nostoa, ettei siihen ole käytännössä mahdollisuutta (kolmasosan vuosittain valmistuvista lisensiaateista pitäisi erikoistua yleislääketieteeseen).

				200 %				
Yleislääketiede	Lääkäreitä 1.1.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as	Lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	555	339	29,1	1110	894	60	1110	52,5
Tyks	305	180	33,9	610	485	32	610	65,7
Tays	368	228	33,1	736	596	40	736	63,7
Kys	289	190	35,4	578	479	32	578	71,3
Oys	243	133	32,8	486	376	25	486	64,0
Yhteensä	1 760	1 070	32,2	3 520	2 830	189	3 520	61,0

Alla oleva koulutustarvearvio vahvistaisi yleislääketieteen erikoislääkärimäärän kasvun n. 1 % / vuosi kaksoistutkinnot huomioiden ja edellyttäisi koulutusmäärien lisäämistä erityisesti Hyks:n ja Kys:n alueilla.

Selvityshenkilön arvio				
Yleislääketiede	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 as
Hyks	430	28	646	31
Tyks	230	15	355	38
Tays	370	25	510	44
Kys	245	16	344	42
Oys	220	15	330	43
Yhteensä	1495	100	2185	38

7.2 ERIKOISHAMMASLÄÄKÄRIT

Erikoishammaslääkärikoulutuksen tarvearvion lähtökohdaksi on tässä selvityksessä otettu erikoishammaslääkärien osuuden säilyttäminen 15 % kokonaishammaslääkärimäärästä, jonka nykykoulutuksella ennustetaan nousevan 5 000 vuoteen 2030 mennessä (185 uutta opiskelijaa vuosittain, joista 88 % valmistuu).

Erikoishammaslääkäreitä olisi tällöin n. 750, joka on 1 erhl/7 700 asukasta. Tämä tavoite edellyttää nykyisen erikoishammaslääkärikoulutuksen lähes kaksinkertaistamista eli n. 40 uutta erikoishammaslääkärinä vuosittain. Erikoishammaslääkärien osuuden nostaminen esim. 25 %:iin merkitsisi nykyisen koulutuksen lähes kolminkertaistamista, joka ei esim. kouluttajaresurssit huomioiden olisi realistista eikä vastaisi eurooppalaista kehitystä.

Koulutuksen lisäämistäkin keskeisempi tavoite tulee jatkossa olla alueellisen epätasapainon korjaaminen. Sairaanhoidopiirien välillä on erikoislääkäritiheydessä jopa kymmenkertaisia eroja:

Väestösuhde

Sairaanhoidopiiri	Ehl lkm	Väestömäärä	Väestö per ehl
Etelä-Karjalan SHP	6	132 252	22 042
Etelä-Pohjanmaan SHP	9	198 831	22 092
Etelä-Savon SHP	6	104 407	17 401
Helsingin ja Uudenmaan SHP	219	1 581 450	7 221
Itä-Savon SHP	3	44 444	14 814
Kainuun SHP	7	76 782	10 968
Kanta-Hämeen SHP	9	175 481	19 497
Keski-Pohjanmaan SHP	4	78 284	19 571
Keski-Suomen SHP	19	233 412	12 284
Kymenlaakson SHP	10	173 864	17 386
Lapin SHP	4	118 314	29 578
Länsi-Pohjan SHP	2	64 200	32 100
Pirkanmaan SHP	42	521 540	12 417
Pohjois-Karjalan SHP	4	169 112	42 278
Pohjois-Pohjanmaan SHP	91	403 555	4 434
Pohjois-Savon SHP	40	248 317	6 207
Päijät-Hämeen SHP	14	213 428	15 244
Satakunnan SHP	11	218 623	19 874
Vaasan SHP	13	168 848	12 988
Varsinais-Suomen SHP	92	474 095	5 153

Erikoishammaslääkärit keskittyvät yliopistosairaalakaupunkeihin. Hyks-alueen osalta tulee huomioida, että ulkomailta Suomeen tulevat erikoishammaslääkärit asettuvat pääasiassa pääkaupunkiseudulle ja myös muuttovirta Suomen sisällä suuntautuu Helsingin alueelle, kuten tässä selvityksessä edellä on kuvattu.

Tällä hetkellä Oys- ja Tyks-alueiden erikoishammaslääkäritiheys on kaksinkertainen Tays-alueeseen verrattuna. Alueellinen tasapaino edellyttää nykyisen lääkärimäärän säilyttämistä Tyks:n ja Oys:n alueilla ja erikoishammaslääkäreiden selvää lisäkoulutusta Hyks:n, Tays:n ja Kys:n alueille.

Alueellinen koulutustavoite:

	Erhl-määrä	Väestö 2015 / erhl	Väestö 2030 / erhl	Erhl-määrä
Hyks	218	8 700	7 700	273
Tyks	121	7 400	7 700	120
Tays	79	14 000	7 700	156
Kys	76	10 700	7 700	105
Oys	108	6 900	7 700	110

Erikoishammaslääkärikoulutuksen ongelmana on ollut erikoistumispaikkojen (ja virkojen) vähäisyys, koska kouluttajia on vähän. Keskussairaaloiden suusairauksien poliklinikat ovat pääasiassa keskittyneet suu- ja leukakirurgiaan. Erikoishammaslääkärikoulutuksen lisääminen edellyttää koulutuksen hajauttamista ja esim. yksityissektorin kouluttajakapasiteetin hyväksikäyttöä.

Kunkin hammaslääketieteen erikoisalan osalta esitetään tässä selvityksessä kolme koulutustarvearviota:

1. Perustiedot:

Erikoisalojen/painotusalueiden nykyinen erikoishammaslääkärien kokonaismäärä ja v. 2030 mennessä eläkeiän (65-v) saavuttavien lääkäreiden määrä (Hammaslääkäriliiton tilastotieto 12/2015). Näiden perustietojen perusteella on laskettu erikoisalan koulutustarve v. 2030 mennessä.

2. Erikoisalayhdistysten arvio:

Alueellinen erikoishammaslääkäritilanne ja -tiheys sekä erikoisalayhdistysten arvio lääkäritarpeesta tähän selvitykseen liittyvässä kyselyssä huomioiden kokonaistilanne sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon osalta.

3. Selvityshenkilön arvio:

Tarkennettu koulutustarvearvio huomioimalla em. tietojen lisäksi mm. erikoishammaslääkärimäärän kokonaiskehitys ja alueellinen väestönkehitys ja -rakenne.

Niiden erikoisalojen osalta, joiden nykyinen erikoishammaslääkärimäärä on alle 50, esitetään pääsääntöisesti vain valtakunnallinen koulutustarvearvio. Hammaslääketieteen osalta on huomioitava, että selvitys antaa arvion alueelle tarvittavasta erikoishammaslääkärien koulutusmäärästä - ei siitä, missä koulutus tapahtuu.

Perustiedot; hammaslääketiede

Erikoisala	Lääkärimäärä 2015	Eläköityy 2030 m.	KOULUTUSTARVE	Koulutus/vuosi	Lääkärimäärä 2030
Diag., radiologia	25	13	13	1,0	25
Diag., suupatologia	8	4	4	0,3	8
Kliin., endodontia & kariologia	59	37	37	2,5	59
Kliin., lasten hammashoito	9	3	3	0,3	9
Kliin., parodontologia	78	52	52	3,5	78
Kliin., prot ja purfys	120	73	73	4,9	120
Oikomishoito	147	80	80	5,4	147
Suu- ja leukakirurgia	92	47	47	3,3	92
Terveystenhuolto	73	60	60	4,1	73
Yhteensä	611	369	369	25,3	611

Jos erikoishammaslääkärien koulutustarvetta arvioidaan siis vain nykyisen erikoislääkärikunnan eläköitymisen perusteella, on koulutustarve v. 2030 mennessä n. 26 uutta erikoishammaslääkärää vuosittain.

Hammaslääketieteellinen diagnostiikka/Radiologia

Hammaslääketieteellisen radiologian erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 25. Alan tutkintoja on suoritettu viimeisen kymmenen vuoden aikana km. 1,7 vuosittain. Eläköitymisen perusteella alan koulutustarve on v. 2030 mennessä 1 /vuosi, ks. Perustiedot-tilukko s. 80.

Erikoisalayhdistys arvioi alan erikoishammaslääkäritarpeeksi v. 2030 n. 40 lääkäriä. Uusien kuvantamismenetelmien (mm. kartiokeilatietokonetomografia) käyttöönotto on lisännyt suuradiologitarvetta.

				150 %					
Hammaslääketieteellinen diagnostiikka/radiologia	Hammaslääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammaslääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Hammaslääkäreitä 2030	Hammaslääkäreitä 2030 / 100 000 as	
Hyks	10	4	0,5	15	9	0,6	15	0,7	
Tyks	7	4	0,8	11	8	0,5	11	1,1	
Tays	2	1	0,2	3	2	0,1	3	0,3	
Kys	3	2	0,4	5	4	0,3	5	0,6	
Oys	3	2	0,4	5	4	0,3	5	0,6	
Yhteensä	25	13	0,5	38	26	1,8	38	0,7	

Nykyinen koulutusmäärä vastaa hyvin erikoisalayhdistyksen tarvearviota. Tämän selvityksen arvio tasoittaa erikoishammaslääkärimäärän suhteessa väestöön.

Selvityshenkilön arvio				
Hammaslääket. diagnostiikka/radiologia	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkärimäärä	Lääkäreitä 2030
			2030	/100 000
Hyks	6	0,4	12	0,6
Tyks	5	0,3	8	0,9
Tays	6	0,4	7	0,6
Kys	5	0,3	6	0,7
Oys	5	0,3	6	0,8
Yht.	27	1,8	39	0,7

Hammaslääketieteellinen diagnostiikka/Suupatologia

Suupatologian erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 8, ja puolet heistä eläköityy v. 2030 mennessä. Suupatologit työskentelevät pääosin yliopistosairaloissa. Alan tutkintoja on suoritettu km. 0,3 vuosittain. Tutkintomäärä kattaa eläköitymisen, ks. Perustiedot-tilukko s. 80.

Tutkintomäärän kaksinkertaistaminen nostaisi lääkärimäärän 12 vuoteen 2030 mennessä (150 %).

Hammaslääketieteellinen diagnostiikka/suupatologia	Hammaslääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammaslääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERL-yhdistysten tarvearvio (150%)	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Hammaslääkäreitä 2030	Hammaslääkäreitä 2030 / 100 000 as
Yhteensä	8	4	0,1	12	8	0,6	12	0,2

Hammaslääketieteellisen diagnostiikan mikrobiologian painotusalueetta ei otettu tähän selvitykseen, koska alalla ei ole tällä hetkellä Suomessa työskenteleviä erikoishammaslääkäreitä.

Kliininen hammashoito/Kariologia ja endodontia

Kariologian ja endodontian painotusalueen erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 59. Alueellinen epätasapaino on merkittävä. Alan tutkintoja on suoritettu viimeisen kymmenen vuoden aikana km. 2,1 vuosittain. Eläköitymisen perusteella alan koulutustarve on yhteensä 2,5/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 80.

Erikoisalayhdistys arvioi alan hammaslääkäritarpeen olevan kaksinkertainen nykytilanteeseen nähden.

				200 %				
Kliininen hammashoito/kariologia ja endodontia	Hammaslääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammaslääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERHL-yhdistyksen tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Hammaslääkäreitä 2030	Hammaslääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	24	15	1,3	48	39	2,8	48	2,3
Tyks	11	7	1,2	22	18	1,3	22	2,4
Tays	6	2	0,5	12	8	0,6	12	1,0
Kys	4	4	0,5	8	8	0,6	8	1,0
Oys	14	9	1,9	28	23	1,6	28	3,7
Yhteensä	59	37	1,1	118	70	5,0	118	2,0

Tämän selvityksen koulutustarvearvio lisää alan erikoishammaslääkärimäärää yli 50 % ja edellyttää sekin koulutusmäärien selvää lisäämistä.

Selvityshenkilön arvio			
Kliininen hammashoito/kariologia ja endodontia	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkärimäärä 2030
			Lääkäreitä 2030 /100 000
Hyks	20	1,3	29
Tyks	12	0,8	16
Tays	14	0,9	18
Kys	14	0,9	14
Oys	10	0,7	15
Yht.	70	4,7	92

Kliininen hammashoito/Lasten hammashoito

Lasten hammashoidon erikoistumiskoulutusta on ollut Suomessa vasta v. 2004 alkaen. Alan erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 9. Tutkintoja on suoritettu kymmenen vuoden aikana km. 0,8 vuosittain. Eläköitymisen perusteella alan koulutustarve on vain 0,3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 80.

Erikoisalayhdistys arvioi alan hammaslääkäritarpeen olevan viisinkertainen nykytilanteeseen nähden. Perusteena on se, että suurimmasta osaa Suomea lasten hammashoidon erikoishammaslääkäripalvelut vielä puuttuvat.

				500 %					
Kliininen hammashoito/ pedodontia	Hammas- lääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammas- lääkäreitä 2015/ 100 000 as	ERHL- yhdistyksen tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Hammas- lääkäreitä 2030	Hammas- lääkäreitä 2030 / 100 000 as	
Hyks	3	2	0,2	15	14	1,0	15	0,7	
Tyks	3	1	0,3	15	13	0,9	15	1,6	
Tays	1	0	0,1	5	4	0,3	5	0,4	
Kys	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	
Oys	2	0	0,3	10	8	0,6	10	1,3	
Yhteensä	9	3	0,2	45	39	2,8	45	0,8	

Tämän selvityksen koulutustarvearvio tasoittaa em. erikoishammaslääkärimäärän alueellisesti.

Selvityshenkilön arvio				
Kliininen ham- mashoito/ pe- dodontia	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkärimäärä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000
Hyks	12	0,9	13	0,6
Tyks	6	0,4	8	0,9
Tays	9	0,6	10	0,9
Kys	7	0,5	7	0,9
Oys	5	0,4	7	0,9
Yht.	39	2,8	45	0,8

Kliininen hammashoito/Parodontologia

Parodontologian painotusalueen erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 78. Alan tutkintoja on suoritettu viimeisen kymmenen vuoden aikana km. 2,4 vuosittain. Eläköitymisen perusteella alan erikoishammaslääkärien koulutustarve on v. 2030 mennessä yhteensä 3,5/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 80.

Erikoisalayhdistys arvioi alan hammaslääkäritarpeen olevan 50 % nykyistä suurempi; perusteena on erityisesti sellaisen väestön ikääntyminen, jolla on omat hampaat tai implantteja.

				150 %				
Kliininen hammashoito/ parodontologia	Hammas- lääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammas- lääkäreitä 2015/ 100 000 as	ERHL- yhdistyksen tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Hammas- lääkäreitä 2030	Hammas- lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	33	21	1,7	50	38	2,7	50	2,3
Tyks	12	8	1,3	18	14	1,0	18	1,9
Tays	8	5	0,7	12	9	0,6	12	1,0
Kys	14	9	1,7	21	16	1,1	21	2,6
Oys	11	9	1,5	17	15	1,0	17	2,2
Yhteensä	78	52	1,4	117	91	6,5	117	2,0

Tämän selvityksen koulutustarvearvio tuottaa koko Suomeen saman erikoishammaslääkärimäärän suhteessa väestöön, joka tällä hetkellä on pääkaupunkiseudulla. Arvio edellyttää nykykoulutuksen kaksinkertaistamista.

Selvityshenkilön arvio				
Kl. Hammashoito /parodontologia	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkärimäärä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000
Hyks	22	1,5	34	1,6
Tyks	13	0,9	17	1,8
Tays	16	1,1	19	1,6
Kys	10	0,7	15	1,9
Oys	14	0,9	16	2,1
Yht.	75	5,1	101	1,8

Kliininen hammashoito/Protetiikka ja purentafysiologia

Protetiikan ja purentafysiologian painotusalueen erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 120. Alan tutkintoja on suoritettu viimeisen kymmenen vuoden aikana km. 3,6 vuosittain. Eläköitymisen perusteella alan koulutustarve on v. 2030 mennessä 4,9/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 80.

Erikoisalayhdistys arvioi alan hammaslääkäritarpeen pysyvän ennallaan nykytilanteeseen nähden. Hammaslääkäriliitto arvioi puolestaan alan hoidontarpeen lisääntyvän. Potilaiden/kuntien yms. taloudelliset seikat rajoittavat tarpeellisen hoidon toteuttamista. Lääketieteellinen kehitys ei lisää erikoishammaslääkäreiden tarvetta, sillä proteettista kapasiteettia on tälläkin hetkellä ylimäärin yksityissektorilla, jossa joudutaan tekemään myös perushammaslääkäritasoisia toimenpiteitä tyhjen aikojen täyttämiseksi.

				100 %				
Kliininen hammashoito/ protetiikka ja purentafysiologia	Hammas- lääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammas- lääkäreitä 2015/ 100 000 as	ERHL-yhdistyksen tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Hammas- lääkäreitä 2030	Hammas- lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	34	21	1,8	34	21	1,5	34	1,6
Tyks	33	21	3,7	33	21	1,5	33	3,6
Tays	12	5	1,1	12	5	0,4	12	1,0
Kys	17	11	2,1	17	11	0,8	17	2,1
Oys	24	15	3,2	24	15	1,1	24	3,2
Yhteensä	120	73	2,2	120	73	5,2	120	2,1

Tämän selvityksen koulutustarvearvio tasapainottaa alan erikoishammaslääkärimäärän suhteessa väestöön ja lisää kokonaismäärää 10 %. Se edellyttää koulutuksen selvää lisäämistä.

Selvityshenkilön arvio				
Kl. Hammashoito /protetiikka ja purentafysiologia	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkärimäärä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000
Hyks	25	1,7	38	1,8
Tyks	15	1,0	27	2,9
Tays	20	1,3	27	2,3
Kys	14	0,9	20	2,5
Oys	11	0,7	20	2,6
Yht.	85	5,6	132	2,3

Oikomishoito

Oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 147. Alan tutkintoja on suoritettu viimeisen kymmenen vuoden aikana km. 6,2 vuosittain. Eläköitymisen perusteella alan koulutustarve on v. 2030 mennessä 5,4/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 80.

Erikoisalayhdistys arvioi alan hammaslääkäritarpeen tulevaisuudessa jopa kaksinkertaiseksi nykytilanteeseen nähden. Perusteena on mm. hoitokriteeristön mukainen potilasseulonta, joka velvoittaa julkisen sektorin hoitamaan myös aikuisia. Erikoisalayhdistyksen arvio edellyttäisi kuitenkin niin suurta koulutuksen lisäämistä, ettei se ole mm. kouluttajaresurssien puolesta mahdollista.

				150 %				
Oikomishoito	Hammas- lääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammas- lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERHL- yhdistyksen tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Hammas- lääkäreitä 2030	Hammas- lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	50	25	2,6	75	50	3,6	75	3,5
Tyks	28	14	3,1	42	28	2,0	42	4,5
Tays	30	19	2,7	45	34	2,4	45	3,9
Kys	13	8	1,6	20	15	1,0	20	2,4
Oys	26	14	3,5	39	27	1,9	39	5,1
Yhteensä	147	80	2,7	221	154	11,0	221	3,8

Tämän selvityksen koulutustarvearvio lisää alan erikoishammaslääkärimäärää nykyisestä lähes 50 % ja tasoittaa lääkärimäärän suhteessa väestömäärään. Se edellyttää nykykoulutuksen lähes kaksinkertaistamista.

Selvityshenkilön arvio				
Oikomishoito	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkärimäärä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000
Hyks	40	2,7	65	3,1
Tyks	24	1,6	38	4,1
Tays	36	2,4	47	4,1
Kys	30	2,0	35	4,3
Oys	20	1,3	32	4,2
Yht.	150	10,0	217	3,8

Suu- ja leukakirurgia

Suu- ja leukakirurgiaan voi erikoistua hammaslääketieteen tai lääketieteen lisensiaattitutkintojen jälkeen, kun on suorittanut tarvittavan opintopistemäärän myös toisella tutkintoalalla. Erikoisalan palvelukysynnän arvioidaan väestön ikääntyessä ja suusyövän, infektioiden sekä implanttiprotetiikan lisääntyessä.

Tätä koulutustarvearviota varten lähetettiin erikoisalayhdistyskysely sekä Suomen suu- ja leukakirurgiyhdistykselle että Suomen leuka- ja kasvokirurgian yhdistykselle. Suu- ja leukakirurgian työikäisiä erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 83. Hammaslääkäriliiton tilastosta on poistettu 8 alan lääkäriä, joiden pohjakoulutus on lääketieteen lisensiaatti. Erikoisala on käsitelty myös erikoislääkäriosiossa, s. 66.

Suu- ja leukakirurgian tutkintoja on suoritettu viimeisen kymmenen vuoden aikana Hammaslääkäriliiton tilaston mukaan km. 4,5 vuosittain (sis. 1/vuosi lääketieteen lisensiaattipohjalta). Eläköitymisen perusteella alan erikoishammaslääkärien koulutustarve on v. 2030 mennessä 3,3/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 80.

Suu- ja leukakirurgiyhdistyksen näkemyksen mukaan nykyinen alan erikoishammaslääkärimäärä vastaa varsin hyvin palvelukysyntää eikä merkittävää alueellista epätasapainoa ole. Leuka- ja kasvokirurgiyhdistys arvioi puolestaan alan palvelukysynnän lisääntyvän selvästi.

				105 %				
Suu- ja leukakirurgia	Hammaslääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammaslääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERHL-yhdistyksen tarvearvio	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Hammaslääkäreitä 2030	Hammaslääkäreitä 2030 / 100 000 as
Hyks	29	19	1,5	30	20	1,5	30	1,4
Tyks	14	5	1,6	15	6	0,4	15	1,6
Tays	9	4	0,8	9	4	0,3	9	0,8
Kys	11	5	1,3	12	6	0,4	12	1,4
Oys	20	11	2,7	21	12	0,9	21	2,8
Yhteensä	83	44	1,5	87	48	3,4	87	1,5

Tämän selvityksen koulutustarvearvion tavoitteena on eläköitymisen korvaamisen lisäksi alueellinen tasapaino:

Selvityshenkilön arvio				
Suu- ja leukakirurgia	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkärimäärä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000
Hyks	21	1,5	31	1,5
Tyks	6	0,4	15	1,6
Tays	9	0,6	14	1,2
Kys	7	0,5	13	1,6
Oys	8	0,6	17	2,2
Yht.	51	3,6	90	1,6

Terveystenhuolto

Terveystenhuollon työkäisiä erikoishammaslääkäreitä oli v. 2015 lopussa 73. Alan tutkintoja on suoritettu viimeisen kymmenen vuoden aikana km. 2,9 vuosittain. Nykyisen hammaslääkärin eläköitymisen perusteella alan koulutustarve on v. 2030 mennessä 4,1/vuosi, ks. Perustiedot-taulukko s. 80.

Erikoisalayhdistys arvioi alan erikoislääkäritarpeen pysyvän nykyisellä tasolla. Terveystenhuollon erikoishammaslääkärien laaja-alaista johtamisosaamista tulisi voida hyödyntää jokaisella tulevilla SOTE-alueella.

				106 %				
	Hammas- lääkäreitä 17.12.2015	Eläkkeelle 2030 mennessä	Hammas- lääkäreitä 2015 / 100 000 as	ERHL- yhdistyksen tarvearvio			Hammas- lääkäreitä 2030	Hammas- lääkäreitä 2030 / 100 000 as
Terveystenhuolto					Koulutustarve	Koulutus/vuosi		
Hyks	33	26	1,7	35	28	2,0	35	1,7
Tyks	11	8	1,2	12	9	0,6	12	1,3
Tays	11	9	1,0	12	10	0,7	12	1,0
Kys	12	11	1,5	13	12	0,8	13	1,6
Oys	6	6	0,8	6	6	0,5	6	0,8
Yhteensä	73	60	1,3	77	64	4,6	77	1,3

Alla oleva koulutustarvearvio edellyttää 4-5 alan uutta erikoishammaslääkärää vuosittain eli nykykoulutuksen selvää lisäämistä.

Selvityshenkilön arvio				
			Lääkäreitä 2030 /100 000	
Terveystenhuolto	Koulutustarve	Koulutus/vuosi	Lääkärinäärä 2030	
Hyks	26	1,9	33	1,6
Tyks	9	0,6	12	1,3
Tays	11	0,8	13	1,1
Kys	10	0,7	11	1,4
Oys	8	0,6	8	1,1
Yht.	64	4,6	77	1,3

8 LAUSUNTOKIERROS

Selvitysraportista pyydettiin lausunnot Opetus- ja kulttuuriministeriöltä, Työ- ja elinkeinoministeriöltä, Helsingin yliopistolta, Itä-Suomen yliopistolta, Oulun yliopistolta, Tampereen yliopistolta, Turun yliopistolta, erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen alueellisilta neuvottelukunnilta, Suomen Lääkäriliitolta, Suomen Hammaslääkäriliitolta, Nuorten Lääkärien Yhdistykseltä, Kuntatyönantajat ry:ltä, Lääkäripalveluyritykset ry:ltä, kaikkien erikoisalojen erikoislääkäriyhdistyksiltä sekä Suomen Hammaslääkäriseura Apollonian hammaslääketieteen erikoisaloja edustavilta jaostoilta. Lausuntoaika oli 7.3.–30.4.2016 ja lausuntoja saatiin yhteensä 50. Tämän lisäksi erityisesti yliopistojen lausunnot olivat yhteenvedoja useiden eri tahojen, kuten alueellisten neuvottelukuntien, alueiden sairaanhoitopiirien ja eri erikoisalojen erikoistumiskoulutusten vastuuhenkilöiden erillisistä lausunnoista.

Lausunnonantajat pitivät erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kansallista koordinaatiota merkittävänä ja tarpeellisena ja raporttia ansiokkaana pohjana ko. työlle ja toimenpideohjelman valmistelulle. Raportin johtopäätösten katsottiin olevan pääsääntöisesti oikean suuntaisia ja perusteltuja, joitain yksittäisiä erikoisalakohtaisista tai alueellisia arvioita lukuun ottamatta. Pohjois- ja Itä-Suomi ovat käytännössä riippuvaisia alueellisen koulutuksen riittävydestä ja tämä on raportissa kiitettävästi huomioitu. Suomessa on viime vuosina ollut taloudellisesti heikompi ajanjakso, jolla todennäköisesti on vaikutusta lääkäritarvearviointiin. Erittäin tärkeäksi nähtiin säännöllinen uudelleenarviointi ja ennusteiden tarkentaminen jatkossa arviointimenetelmää edelleen kehittäen.

Koulutustarvearvioon vaikuttavat tekijät ja niistä johtuvat mahdolliset virhelähteet arvioitiin olevan selvityksessä varsin kattavasti huomioitu. Kommentteina esitettiin, että taloudellisten ja toiminnallisten lisäresurssien tarve koulutusmäärien kasvaessa on merkittävä ja edellyttää riittävästi kouluttajia. Digitalisaation vaikutus on vaikea arvioida, koska toisaalta sen kehittyminen vapauttaa lääkärin ja hammaslääkärin työaika, mutta toisaalta erilaiset kuluttajille suunnatut sovellukset saattavat lisätä lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen kysyntää. Etäpalvelujen kehittäminen saattaa vähentää joidenkin erikoisalojen osalta asuinpaikkaan perustuvan alueellisen kattavuuden merkitystä.

Selvityksen valitettavana puutteena todettiin se, ettei suunnitteilla olevien Sote-linjausten vaikutuksia ole raportin laatimisajankohtana vielä pystytty huomioimaan. Sote-henkilöstön työnjakoon ja tehtäviin sekä päivystyksen keskittämiseen liittyvät uudistukset tulevat osaltaan vaikuttamaan myös erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritarpeeseen. Lisääntyvä halukkuus työskennellä osa-aikaisesti sekä alojen naisvaltaisuus voivat toisaalta lisätä koulutustarvetta arvioitua enemmän. Ulkomailla lääketiedettä opiskelevien ja Suomeen tulevien ulkomaalaisten lääkärin vaikutus työmarkkinoille tulee tarkasti seurata. Em. asioiden johdosta koulutustarveselvitys tulisi tarkentaa varsin pian. Jatkossa lääkäritarvetta on mahdollisesti tarpeen arvioida myös maakuntakohtaisesti alueellisten erojen huomioimiseksi.

Koulutustarvearviointia ja seurantaa varten tulisi yliopistoihin luoda ajan tasalla olevat erikoistuvien seurantajärjestelmät. Alueellisten neuvottelukuntien roolia ja yliopiston resursseja koulutustarvearvioinneissa, erikoistuvien valinnassa ja koulutusputkien seurannassa tulisi vahvistaa. Lääkäriliitto esitti lausunnossaan vastaavan selvitystyön käynnistämistä myös lääkärin peruskoulutusta koskien. Lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutus ovat jatkumo, jota tulisi käsitellä yhtenä kokonaisuutena.

Erikoisalakohotuksiin koulutustarvearvioihin otettiin kantaa sekä erikoisalayhdistysten lausunnoissa että yliopistojen vastauksissa, jotka pitivät sisällään myös eri erikoisalojen koulutusohjelmien vastuuhenkilöiden vastauksia. Suurimmassa osassa eri erikoisalojen vastauksista raportissa esitetyt arviot koulutustarpeesta nähtiin oikean suuntaisina, mutta osassa liian varovaisina. Erikoislääkärikoulutuksen alueellisten neuvottelukuntien kommentteissa monen eri-

koisalan arviota omasta lääkäritarpeestaan pidettiin toisaalta ylimitoitettuna mm. yhteiskunnan taloudelliset realiteetit ja terveydenhuollon työnjako huomioiden.

Merkittävimmit muutosehdotukset erikoisalakohteisissa lausunnoissa koskivat lastentautien erikoisalaa. Raportissa esitettiin alun perin, että pediatrikoulutusta vähennettäisiin lievästi. Lausunnonantajien näkemys kuitenkin oli, että lastentautien erikoislääkärikoulutusta tulisi lisätä, koska avohoitopediatreja tarvittaisiin perusterveydenhuoltoon tulevaisuudessa huomattavasti nykyistä enemmän. Tämän ei kuitenkaan nähty vähentävän alan lääkäritarvetta erikoissairaanhoidossa, koska mm. päivystys yhteispäivystyspisteissä, lääkärin osa-aikatyö, lapsipotilaiden ikähaitarin laajeneminen ja maahanmuutto lisäävät lausunnonantajien mukaan lastenlääkäritarvetta raportissa arvioitua enemmän.

Kirurgian alojen koulutuksen osalta todettiin, että raportin kokonaisarvio on oikean suuntainen. Koulutustarpeen arvioinnin ongelmana on terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeneräisyys ja näin ollen aggressiivista koulutuksen vähentämistä tulisi kuitenkin välttää. Yleiskirurgian roolin ja koulutussisällön määrittelemiseksi ehdotettiin perustettavaksi työryhmä. Joidenkin kirurgisten erikoisalojen (mm. käsikirurgia ja gastrokirurgia) osalta lausunnoissa esitettiin tarkennuksia alueellisiin koulutusmääriin mm. päivystystarpeiden ja koulutuksen sisällön perusteella. Neurokirurgian koulutustarve nähtiin raportissa esitettyä suuremmaksi mm. osa-aikatyön yleistymisen vuoksi ja ortopedian osalta koulutusta ehdotettiin vähennettävän enemmän kuin raportissa on arvioitu.

Diagnostisten alojen lausunnoissa arvioitiin, etteivät digitalisaatio ja teknologiakehitys vaikuta tulevaisuudessa näiden alojen lääkäritarpeeseen siinä määrin kuin raportissa esitetään. Koulutuksen lisäämisterve nähtiin kaikilla diagnostisilla aloilla jonkin verran suuremmaksi kuin raportissa on arvioitu (erityisesti patologia).

Sisätautialojen lausunnoissa korostettiin, että tällä hetkellä yleissisätautilääkärit hoitavat merkittävää määrää eri sisätautialojen potilaista ja näiden erikoislääkärin eläköityessä tarvitaan lisääntyvästi mm. endokrinologeja ja kardiologeja.

Psykiatrien alojen lausunnoissa todettiin, että raportin arviot koulutuksen merkittävästä lisäämisestä ovat oikean suuntaiset, mutta riittämättömät turvaamaan laadukkaat erikoislääkäripalvelut koko maahan. Toisaalta ymmärrettiin, että mm. koulutusresurssit ja valmistuvien lisensoitettujen määrä lähivuosina rajaavat koulutuksen lisäämismahdollisuuksia.

Yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen lisääminen ja myös sisätautien laaja-alainen osaaminen nähtiin useissa lausunnoissa tärkeäksi tulevaisuuden tavoitteeksi turvaamaan potilaiden kokonaisvaltainen hoito.

Geriatrian osalta ehdotetaan huomioitavaksi alueelliset erot yli 75-vuotiaiden määrässä ja tämän vaikutus lääkäritarpeeseen.

Alueellisen koulutuksen osalta OYS-erva-alueen kokonaiskoulutustarve nähtiin raportissa esitettyä suuremmaksi. Erikoisaloista koulutuksen lisäystarvetta on erityisesti syöpätaudeilla, neurologiassa, akuuttilääketieteessä, lastenpsykiatriassa, lastentaudeilla, patologiassa, hematologiassa ja fysiatriassa. HYKS-alueen erikoislääkärikoulutuksen lisäämistarve arvioitiin lääkärin liikkuvuuden perusteella raportissa esitettyä maltillisemmaksi. Ahvenenmaalla arvioitiin olevan pulaa monen erikoisalan osajista, mutta lisääntyvä yleislääkärimäärä voi toisaalta vähentää specialistitarvetta.

Hammaslääketieteen erikoisalakohteisissa kommentoissa arvioitiin, että raportin linjaus koulutuksen huomattavasta lisäämisestä on oikeansuuntainen, mutta mm. kouluttajaresurssit rajaavat koulutusmahdollisuuksia. Tarkennuksia esitettiin mm. protetiikan ja purentafysiologian, oikomishoidon ja suupatologian osalta. Hammaslääkäriliitto ehdottaa hammaslääkärin peruskoulutuksen lievää vähentämistä tulevaisuudessa ja voimavarojen suuntaamista erikoishammaslääkärikoulutukseen.

Selvitysraportin erikoisalakohtaisia koulutustarvearvioita ja alueellisia yhteenvetoja on tarkennettu lausuntokierroksella saatujen kommenttien ja koordinaatiojaoston niistä käymän keskustelun mukaisesti.

9 LÄHTEET

1. Ono, T, Lafortune G and Schoenstein M (2013): "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries.
2. Kolehmainen-Aitken R-L (2010): Workforce planning for doctors and nurses in select European counties: France, Germany, Spain, Sweden and the UK.
3. Suomi osaamisen kasvu-uralle. Ehdotus tutkintotavoitteista 2020-luvulle. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2015:14.
4. Sanz M, Widström E and Eaton K.A (2008): Is there a need for a common framework of dental specialties in Europe? European Journal of Dental Education, vol 12.
5. Advisory Committee on Medical Manpower Planning: Recommendations for Medical Specialist Training 2013 in Netherlands.
6. Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämis ehdotukset, STM:n Raportteja ja muistioita 2013:39.7.
7. Koivumäki J: Työvoimaselvitys 2014. Hammaslääkäriliitto.
8. Kral-Leszczynska M: Muuttoliikkeen voittajat ja häviäjät – Tutkimus alueiden välisistä muuttovirroista. Kunnallisanalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 76
9. THL: sairastavuusindeksi 2010-2012 (julkaistu 26.11.2015)
10. Tilastokeskus: Väestö sairaanhoitopiireittäin ja ikäryhmittäin 31.12.2014
11. Parmanne P ym.: Lääkärit Suomessa. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2014. Lääkäriliiton julkaisuja 2015.
12. SNAPS; Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (2010): Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna.
13. Heikkilä T: Erikoisalakohtainen erikoislääkäritilanne vuoteen 2020 Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 71/2009
14. Meretoja O: Erikoisalakohtainen erikoislääkäritilanne ja koulutuksen tarve Hyks erityisvastuualueella vuoteen 2025. raportti 2012.
15. Backman T, Ikonen T, Sipilä J: Erikoisalakohtainen lääkäritilanne ja koulutuksen tarve vuoteen 2025 Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiireissä. Loppuraportti 2012.
16. Rellman J: Erikoisalakohtainen lääkäritilanne ja erikoislääkärikoulutuksen tarve vuoteen 2025 Tampereen yliopistollisen sairaalan erva-alueella. Raportti 2012.

17. Tertsunen A: Erikoisalakohtainen lääkäritilanne ja erikoislääkärikoulutuksen
tarve vuoteen 2025 OYS-ervassa. Selvityksen loppuraportti 2012.

10 ERIKOISALAYHDISTYSTEN KYSELYVASTAUKSET

Akuuttilääketiede

Anestesiologia ja tehohoito

Endokrinologia

Foniatria

Gastroenterologia

Gastroenterologinen kirurgia

Geriatría

Iho- ja sukupuolitaudit, Ihotaudit ja allergologia

Infektiosairaudet

Kardiologia

Keuhkosairaudet

Keuhkosairaudet ja allergologia

Kliininen farmakologia ja lääkehoito

Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede

Kliininen kemia

Kliininen neurofysiologia

Korva-, nenä- ja kurkkutaudit

Käsikirurgia

Lastenkirurgia

Lastenneurologia

Lastenpsykiatria

Lastentaudit

Naistentaudit ja synnytykset

Nefrologia

Neurokirurgia

Neurologia

Nuorisopsykiatria

Ortopedia ja traumatologia

Patologia

Perinnöllisyyslääketiede

Plastiikkakirurgia

Psykiatria

Radiologia

Reumatologia

Silmätaudit

Sisätaudit

Suu- ja leukakirurgia

Sydän- ja rintaelinkirurgia

Syöpätaudit

Työterveyshuolto

Urologia

Yleiskirurgia

Yleislääketiede

Akuuttilääketiede

Vastaajien nimet: Ari Palomäki

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Akuuttilääketiede on uusi erikoisala, eikä erikoislääkäreitä ole vielä ehditty kouluttaa riittävästi.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Ei, koska ensimmäinen 6 vuoden koulutuksen saanut erikoislääkäri valmistuu vasta tammikuun 2016 lopulla.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Vastauksissa lääketieteellinen ja hallinnollinen kehitys lomittuvat toisiinsa.

1. Iskeemisen aivoinfarktin liuotushoidon kehittäminen osana akuuttilääketieteen toimintaa: tulokset ovat Suomen kärkiyksiköissä Hämeenlinnassa paremmat kuin yhdessäkään yhdysvaltalaisessa sairaalassa. Seuraus: Huolellisesti valmistautumalla keskisuurissa ja suurissa keskussairaaloissa voidaan akuuttilääketieteen myötä siirtää aivoinfarktin akuuttihoito hyvässä yhteistyössä uuden erikoisalan vastuulle ja keventää näin neurologien päivystyspainetta.
2. Akuuttilääketieteen erikoislääkäriskoulutuksen laajentuminen kansallisesti ja koskien myös suuria erikoisaloja (kirurgia ja sisätaudit)
3. Ensihoitotoiminnan laajentuminen ja työn muuttuminen systemaattiseksi päivystysasetuksen myötä. Hallinnollisesta säädöksestä on ollut seurauksena myönteistä lääketieteellistä kehitystä.
4. Sairaaloiden päivystystoiminnan rakenteiden kehittyminen. Keskeisten päivystysklinikoiden osana on valvonta-/tarkkailuosasto, jossa akuuttipotilaita voidaan hoitaa päivystyspoliklinikan (ensiavun) jälkeen vielä ad 24 tuntia.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

1. Lisää
2. Lisää. Perinteisestä kirurgian ja sisätautien erikoistuvien lääkärin päivystystyöstä osa voidaan siirtää akuuttilääkäreille tehtäväksi osana normaalia viikkotyöaika.
3. Lisää. Lääkärin tarve esim. kenttäjohtajan tukena vaativimmissa tehtävissä (rajoitettu lääkäriambulanssitoiminta).
4. Lisää. Akuuttilääketieteen erikoislääkärit vastaavat tulevaisuudessa merkittävältä osalta tarkkailuosaston potilaiden hoitamisesta.

Erikoislääkäritarve v. 2030

500 % (70 el – -> 350 el)

Anestesiologia ja tehohoito

Vastaajien nimet: Klaus Olkkola, Tarja Randell

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Itä- ja Pohjois-Suomessa ajoittain erikoislääkäripulaa ja tarvetta rekrytoida ulkomailla koulutettuja anestesialääkäreitä.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Ulkopisteanestesioiden lisääntyminen (sedaatiot radiologisia yms toimenpiteitä varten leikkaussalien ulkopuolella)

Tehohoidon kansainvälisten standardien tiukentuminen (24/7 anestesiaalääkärimehitys osastolla, tietty määrä potilaita /lääkäri)

Sairaalalan ulkopuolisen ensihoidon kehitys (lääkäriyksiköt, ensihoidon vastuulääkärit)

Päivystysrasituksen kohtuullistaminen.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää

Erikoislääkäritarve v. 2030

107 %

Endokrinologia

Vastaajien nimet: Jarmo Jääskeläinen (tiedot kerätty yliopistosairaaloiden endokrinologian erikoislääkärikoulutuksen vastuuhenkilöiltä)

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Jokaiseen sairaanhoitopiiriin (tai tulevalle SOTE-alueelle) tarvitaan nykytilanteeseen nähden vähintään kaksi endokrinologia lisää.

Endokrinologian osaaminen on aiempaa enemmän endokrinologien varassa: monitaitoisten yleissisätautilääkäreiden valmistuminen on vähäistä, heille ei ole virkapohjia näköpiirissä, eikä koulutuksen aikana ole juurikaan poliklinista toimintaa, jota endokrinologia edustaa. Monella alueella ei ole yksityis- ja työterveyshuollon puolella yhtään täysipäiväisesti toimivaa endokrinologia, joten tarve työterveyshuollossa ja yksityisellä puolella on myös ilmeinen, ja perusterveydenhuolto tarvitsee nykyistä enemmän konsultaatiopalvelua. Päivystyksessä akuuttilääketiede valtaa alaa ja eriytyvien alojen konsultaatiotarve on lisääntynyt. Samalla on yhä enemmän yhteisosastoja ilman tarkkaa endokrinologiaan nimettyä paikkalukua, näitä osastoja hoitavat usein lääkärit, joilla ei ole endokrinologista erityisosaamista.

Endokrinologiksi kouluttautuminen on pitkä tie ja valmistuessaan (yli 10 vuoden aika lieene tavallinen) ja käytännön kokemusta saatuaan lääkäriin työvuosien määrä on rajallinen; nyt työelämässä olevista endokrinologeista on 10 vuoden aikana merkittävä osa eläkeiässä. Sairauksien muuttuva kirjo lisää endokrinologisten konsultaatioiden määrää. Näitä ovat erityisesti diabetes, obesiteetti, dyslipidemiat, osteoporoosi ja kilpirauhassairaudet, joiden hoidossa endon osaamisella keskeinen merkitys, joskin kansantaudit on jatkossakin kyttävä hoitamaan perusterveydenhuollossa.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Alueellista epätasapainoa varmasti on, mutta jokaisella alueella tarvittaisiin lisää endokrinologian erikoislääkäreitä. Tarvetta on yliopistosairaaloissa, keskussairaaloissa, paikallissairaaloissa ja perusterveydenhuollon konsultaatioissa.

Alla viiden ERVA-alueen nykytilanne ja lähitulevaisuus eriteltynä:

OYS: Jo nykyisen kaltaiseen toimintaan tarvitaan 5 vuoden sisällä 3 endokrinologia Ouluun, 2 endokrinologia Kemiin, 1 endokrinologi Rovaniemelle, 1 endokrinologi Kainuun KS:aan, 1 endokrinologi Oulaskankaalle ja 1 endokrinologi Raahen. Näitä tarpeita ei saada millään koulutettua nykyvolyyminilla, joten tulemme näkemään ja kokemaan puutteita.

TAYS: TAYS:ssa on koulutettu endokrinologeja vasta vuodesta 2002 alkaen eli yhteensä vasta 8 endokrinologia. Näistä 3 on siirtynyt johto-, professori- ja opetustehtäviin ja 5 on koulutettu ERVA-alueelle eläkkeelle jääneiden endokrinologien tai endokrinologiaan perehtyneiden sisätautilääkärien virkoihin (3 yo-sairaalaan ja 2 alueen keskussairaaloihin). Erikoistuvan lääkärin virkaa ei vielä ole virallisesti TAYS:ssa mutta käytössämme on sisätautiklinikan virka, jossa pystymme kouluttamaan yhden endokrinologin vuosittain. Liian pienen koulutusresurssin vuoksi alueelle on syntynyt keskussairaaloihin huomattava endokrinologivaje. TAYS ERVA-alueella Päijät-Hämeen Soteys:ssa on vakavaan jonotilanteeseen johtanut pitkittynyt endokrinologivaje, joka on hiukan helpottamassa vuoden alusta. Lisäksi lähivuosisien eläköitymisen vuoksi tarvitaan TAYS-ERVA-alueella sijaitseviin keskussairaaloihin (SOTE-alueiden sairaalat) yhteensä noin 4 endokrinologia.

KYS: KYS-alueella on 6 työikäistä endokrinologia. KSKS:ssa on 2, joista toinen tekee pääasiassa tietojärjestelmäkehitykseen liittyvää projektityötä; PKKS:ssa 1, Mikkelin keskussairaalaan 1, ja KYS:ssa 2. SKS:ssa ei ole endokrinologia. Näistä 5 on yli 50-vuotiaita ja heistä 2 eläköityy 10 vuoden kuluessa. Ongelmaa lisää se, että nykyään endokrinologiaan perehtyneitä sisätautilääkäreitä on vähän. KYS:iin tarvittaisiin välittömästi 1, PKKS:aan 1, Mikkelin keskussairaalaan 1, ja SKS:aan 1 endokrinologi. Ts. välitön tarve kunnalliselle puolelle olisi 4 endokrinologia. Kussakin keskussairaalaan tulisi olla 2 kokopäivätoimista endokrinologia ja yliopistosairaalaan 3 endokrinologia. Myös yksityispuolella on merkittävä vaje endokrinologin palveluista.

TYKS: Vaasassa 2 nuorta endokrinologia, Porissa vain yksi, Turussa koulutettu lähes 10 erikoislääkäriä mutta monet opetustehtävissä ja ERVA:n ulkopuolella. Jopa TYKS:sa erikoislääkäri vaje, sillä maaliskuussa 2015 saatu vuoden loppuun käyttöön kiertävän endokrinologin virkapohja; yksi erikoistuvan virka olemassa. Aluesairaaloitten (Salo, Uki, Loimaa) kiertävää endokrinologitoimintaa aloiteltu, mutta käytännössä se käytetty Salon poliklinikan tukemiseen. Tavoite siirtää aluesairaaloiden alueitten potilaitten poliklinisista käynneistä 30-50 % heidän lähisairaalaansa. Koulutustarve noin 8 henkeä 10 vuoden tähtäimellä.

HYKS: Kahdeksan virkaa; Meilahdessa yksi yl (hallintotyöhön 1.5 pv/vk), 1+1 oyl (toisessa hallintoon 1.0 pv-2.5 pv/vk), 1 erl, 1 erikoistuva, 1 sisät eval. Lisäksi endokrinologian klinikkaan kuuluvat hallinnollisesti Jorvin ja Peijaksen endokrinologit (2 virkaa kussakin täytettynä), näiden sijaistaminen ongelma. Jorvissa endokriinisen kirurgian konsulttina sisätautiendokrinologi, päätyönä verisuonikir konsultaatiot. Lihavuuskeskuksessa 1 professorin sivuvirka ja 1 erikoislääkärin virka joka pannaan hakuun lähiaikoina jos täyttölupa saadaan, todennäköisesti pätevyysvaatimukseksi laitetaan sisätautien erikoislääkäri (obesiteetin ja diabeteksen hoito päätoimenkuvana ei ole attraktiivinen endokrinologile). Muutos Vatsakeskukseen ei ole muuttanut toimenkuvia mutta kuluvana vuonna endokriinisen ja bariatrisen kirurgian muuttaessa Meilahteen muutoksia on. ERVA-alueella tilanne on välttävä: Lappeenrannassa yksi Kuopiossa valmistunut endokrinologi, joka myös sisätautien ylilääkäri, Kotkassa yksi. Molempiin tarvitaan aina-

kin toinen lähiaikoina. Alueen lähisairaaloissa on vajetta; Lohjassa 30 %:sti saatavilla, Hyvinkäällä ja Porvoossa yksi endokrinologi. Arvoitu koulutustarve eläköityminen huomioiden olisi noin 15–18/10 vuotta.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

a. Sekä tyyppin 1 että tyyppin 2 diabeetikoiden määrä kasvaa voimakkaasti. Lääkehoidon ja hoitoon tarvittavan teknologian kehittyminen on ollut räjähdysmäistä viimeisen 10 vuoden aikana. Lääke- ja laitekustannusten suhteuttaminen hoidosta saatavaan hyötyyn on keskeinen haaste. Jotta uusilla, kalliilla lääkkeillä ja laitteilla saavutettaisiin optimaalinen hyöty, niiden käyttö tulisi kohdentaa oikeille potilaille, ja saavutettua hyötyä tulisi myös seurata ja arvioida kriittisesti. Suomessa diabeteksen hoito on ollut hajautettuna perusterveydenhuoltoon, jossa hoitomuotojen valintaa ovat ohjanneet lähinnä lääketieteellisuuden ja laitevalmistajien markkinointi ja HILA:n päätökset. Tietoa vaikuttavuudesta suhteessa kustannuksiin ei kerätä systemaattisesti. Laitteet (esim pumput) ja niihin tarvittavat välineet (esim kanyylit, letkut) on kilpailutettu erikseen laitteen luovuttavassa paikassa (sairaalat) ja välineitä jakavilla tahoilla (kunnat), joka mahdollistaa laitteen ja siihen tarvittavien välineiden eritasoisen laskutuksen. Uusien hoitomuotojen kehitys vaatii diabetesosaamiskeskusten perustamista, ja kalliiden ja vaativien hoitojen keskittämistä osaamiskeskustoiksi. Kalliiden laitteiden kilpailutus tulee tehdä yhteistyössä osaamiskeskusten asiantuntijoiden (endokrinologien) kanssa. Kalliiden välineiden jakelu tulee keskittää ja yhdistää hoidon ohjauksen ja seurantaan näissä keskuksissa. Näissä keskuksissa tarvitaan endokrinologista asiantuntemusta. Tarvitaan myös

b. Vähäisen endokrinologimäärän ja riittämättömän koulutuksen vuoksi endokrinologian osaaminen on keskittynyt vaatimaan endokrinologiaan. Perusterveydenhuollosta, työterveydestä ja yksityissektorilta puuttuva endokrinologinen osaaminen on johtanut erilaisiin ongelmiin endokrinologisten kansansairauksien (kilpirauhassairaudet, osteoporoosi ja diabetes) hoidossa. Alalla, jossa koulutettuja asiantuntijoita ei ole, on alkanut vaikuttaa erilaisia asiantuntijoiksi julistautuneita toimijoita. Esimerkiksi kilpirauhasvalmisteiden käyttö on lisääntynyt 3 kertaiseksi viimeisen 15 vuoden aikana ja T3-valmisteiden käyttö on kasvanut räjähdysmäisesti. Tämä on lisännyt sairaalahoidon kustannuksia tarpeettoman ja väärin toteutetun hoidon komplikaatioiden hoidossa ja aiheutetun sekaannuksen selvittelyssä. Samoin testosteroni-valmisteiden turha ja terveyden heikkenemiseen johtava käyttö on yleistynyt ja lisännyt erikoissairaanhoitoon kustannuksia sekä endokrinologian että lapsettomuushoitojen alalla. Väestön ikääntyessä osteoporoosin esiintyvyys kasvaa. Lääkehoidossa on tapahtunut merkittävää kehitystä ja uusia lääkkeitä tulee lähivuosina. Niiden oikea kohdentuminen vaatii asiantuntemusta, ja vaikuttavuuden seuranta. Tarvitaan konsultoivia endokrinologeja, jotka voivat toimia perusterveydenhuollon konsultteina pitämällä konsultaatiopoliklinikkaa alueen terveyskeskuksissa ja toimimalla puhelimitse tai sähköisesti konsultoivina lääkäreinä. Endokrinologista osaamista tarvitaan myös yksityiseen ja työterveyshuoltoon.

c. Endokrinologian alalla yksilöllistetty lääketiede on yleistymässä. Genetiikan ja proteiinimerkkiaineiden käyttö taudin ennusteen ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa tulee lisääntymään. Tähän tarvitaan endokrinologista asiantuntemusta ohjaamaan yksilöllistetyn lääketieteen mahdollisuudet kustannustehokkaasti ja tulkitsemaan saatavaa tietoa siten että hoidot kohdentuvat oikein.

d. Tarkkojen kuvantamismenetelmien (CT, MRI) yleistyminen sekä potilaiden yksityisesti ostamina ”seulontatutkimuksina” sekä muiden sairauksien tutkimusten yhteydessä tehtynä. Tämä on lisännyt endokrinologisten elinten sattumalta löydettyjen kasvainten esiintymistä huomattavasti (aivolisäke, lisämunuaiset, haima, kilpirauhanen). Joukossa on vakavia ja hoitoa vaativia muutoksia, mutta valtaosa on hyväennusteisia sattumoomia. Näiden muutosten kustannustehokas ja oikein kohdennettu selvittely vaatii asiantuntemusta, ja uskallusta lopettaa seuranta. Nyt kustannukset ja ihmisten kokemus ahdistus kasvavat, koska nämä löydökset johtavat usein pitkittyneisiin ja suunnittelemattomiin seurantoihin, kun riittävää asiantuntemusta ei ole löydösten merkityksen tulkinnaissa.

e. Sisätautien erikoisala pirstoutuu ja osaaminen eri suppeilla erikoisaloilla vaatii keskittymistä ja siksi tarvitaan lisää endokrinologiaan perehtyneitä lääkäreitä.

f. Endokriiniseen tutkimustyöhön tulisi myös voida alokoida lääkärityövoimaa, jota nyt ei juurikaan ole.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää runsaasti.

Erikoislääkäritarve v. 2030

180–300 %

Foniatria

Vastaajien nimet: Terhi Ansamaa, Suomen Foniatri ry:n kokous

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Keskussairaaloissa olisi tarvetta foniatriin osaamiselle. Mm. maahanmuuttajien lisääntyvä määrä lisää palvelujen tarvetta. Äänityöläisten määrä lisääntyy, josta aiheutuu ääniongelmaisten määrän lisääntymistä. Väestön ikääntymisen myötä neurologiset puhehäiriöt ja nielemisvaikeudet sekä kommunikaatioon vaikuttavat kuulonalenemat lisääntyvät.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Nykytilanne lisää alueellista epätasa-arvoa palveluiden saatavuudessa. Tällä hetkellä ainoastaan yhdessä keskussairaalassa yliopistosairaaloiden lisäksi on foniatri. Monissa keskussairaloissa ei ole riittävästi tai lainkaan foniatriin palveluita. Resurssipulaa on myös yliopistosairaloissa. Jonot ovat kasvanee osin yli hoitotakuun. Lapsiaudiologista osaamista ei ole kaikissa keskussairaloissa riittävästi.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Nielemishäiriöiden tutkimusmenetelmien painopiste on siirtynyt yhä enemmän endoskopiaan ja nielemisen kokonaisvaltainen ymmärtäminen vaatii yhteistyötä puheterapeuttien ja foniatrien kesken. Foniatreilla on laaja ymmärtämys ja osaaminen nielemisen toiminnan häiriöistä.

Äänihäiriöiden tutkimusmenetelmät kehittyvät koko ajan. Akustiikan asioiden ymmärtämisen merkitys korostuu ammatillisessa kuntoutuksessa.

Työnjaoissa lastenneurologien ja foniatrien kesken painopiste kielellisten häiriöiden osalta on yhä enemmän siirtynyt foniatrialle.

Koulumaailmassa tapahtuneet muutokset (oppimisvaikeuksissa olevien lasten tuen väheneminen koulussa) lisäävät yhä enemmän foniatrien asiantuntemuksen tarvetta. Nuorten syrjäytymisriski on lisääntynyt kielellisissä erityisvaikeuksissa ja oppimisvaikeuksissa. Lastenpsykiatrin sairastavuus on lisääntynyt, ja näille lapsille ja nuorille tarvitaan lisääntyvässä määrin myös foniatriasia arvioita (erotusdiagnostiikka ja komorbiditeetti).

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää

Erikoislääkäritarve v. 2030 200 %

Fysiatrია

Vastaajien nimet: Fysiatrityhdistys/Markku Kankaanpää

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Yliopisto- ja keskussairaaloiden lisäksi fysiatrisen ja kuntoutuksellisen osaamisen tarve on ilmeinen perus- ja työterveyshuollossa, jossa fysiatrin palveluita on vain rajallisesti tarjolla. Potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoidon fysiatriseen arvioon usein liian myöhäisessä vaiheessa, jolloin ongelmat ovat kroonistuneet ja kuntoutuksellisten interventioiden vaikutusmahdollisuudet ovat rajoittuneet. Varhaisempaan puuttumiseen tulisi panostaa ja sijoittaa fysiatrista osaamista myös perus- ja työterveyshuoltoon hoitoketjujen optimaalisen toimivuuden takaamiseksi. Väestön ikärakenteen muutos näkyy jo nyt degeneratiivisten TULE sairauksien määrän lisääntymisenä, joissa konservatiivinen hoito on ensisijainen. Fysiatrista osaamista tarvitaan lisääntyvästi työikäisten ja ikääntyvän väestön TULE ongelmien hoitamisessa.

Fysiatrian alalla erikoislääkäriarvaja tulee olemaan lähitulevaisuudessa suuri ongelma eläköitymisen kii-vaan tahdin vuoksi. Uusien erikoislääkäreiden koulutuksen jarruna on sekä erikoistumis- että erikoislääkäri- virkojen vähyys niin keskus- kuin yliopistosairaloissa. Nykyisellä virkarakenteella tulevaa erikoislääkäriarvajetta ei pystytäkään korjaamaan, vaan erikoistumisvirkoja tulee lisätä kaikilla tasoilla, esimerkiksi siirtämällä fysiatrille virkoja erikoisaloilta, joissa erikoislääkäreitä koulutetaan tällä hetkellä yli tarpeen.

Lääketieteen opetuksen yksiköissä ja yliopistosairaloissa erityisen tärkeää olisi panostaa myös fysiatrian uusien opetusvirkojen perustamiseen (professuurit ja kliiniset opettajat). Lääkärin perusopetuksessa fysiatrian osuus on selkeästi riittämätön, että valmistuvalla lääkäri-llä voitaisiin edes olettaa olevan perusvalmiudet TULE ongelmien tutkimiseen ja konservatiiviseen hoitoon sekä myös muun kuntoutuksen tarpeen arviointiin ja huomioimiseen esimerkiksi geriatrian, neurologian ja sisätauti- en alueilla. Tämän pitäisi olla erityishuomion kohteena, sillä se vaikuttaa olennaisesti koko lääkärikunnan kuntoutuksen osaamisen tasoon ja fysiatriaan erikoistuviksi aikovien lääkäreiden rekrytointiin.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä, alueellinen jakauma on vääristynyt. Fysiatrian erikoislääkäreitä on vähän suhteessa väestöön erityisesti Helsingin ja Tampereen yliopistollisten sairaaloiden alueella, joissa määrä on vain neljännes verrattuna Kuopion yliopistollisen sairaalan alueeseen, jota voi pitää vähimmäistavoitteena.

Pienemmissä keskussairaloissa ja suurimpien kaupunkien perusterveydenhuollossa on useita vain yhden fysiatrin klinikoita ja niissä fysiatrian toimia hoitaa usein ikääntyneempi sukupolvi, joka on jäämässä eläkkeelle kymmenen vuoden kuluessa. Ko. virkoja on liian vähän ja ne ovat pääsääntöisesti täytetty ja erikoistuvan vaiheen lääkäreillä on hankaluuksia päästä tekemään keskussairaalatasoista erikoistumis- palvelua. Palvelutarpeeseen nähden fysiatrian erikoislääkäreitä on kokonaisuudessaan liian vähän.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Ikääntyneen väestön määrän kasvaessa nopeasti fysiatriksen ja kuntoutuksellisen osaamisen tarve lisääntyy oleellisesti.

Uusimmissa näytönastekatsauksissa ja hoitosuosituksissa konservatiivisen ja kuntoutuksellisen hoidon ensisijaisuus on korostunut erityisesti degeneratiivisten TULE sairauksien osalta. Määrällisesti tämä on merkittävä. Monet tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, jotka aikaisemmin hoidettiin leikkauksella ja muodostivat suuren osan kirurgisista toimenpiteistä ovat siirtyneet lähinnä konservatiivisen hoidon piiriin kuten polven nivelrikko (polven tähytysleikkausmäärien romahtaminen) ja olkapään kiertäjälaskosin oireyhtymä (olkapään akromioplastioiden määrän lasku).

Moniongelmaisten TULE kipupotilaiden hajanaisesti ja huonosti toteutuneeseen hoitoon on viime aikoina kiinnitetty erityistä huomiota ja hoitoketjuja pyritään nyt selkeyttämään. Oirekirjossa on mukana fysiatrian erikoisalaan liittyviä ongelmia ja vaatii moniammatillista otetta. Hoito on pääasiassa kuntoutuksellinen. Näiden potilaiden arvioissa ja hoidon suunnittelussa fysiatrian erikoislääkäri on merkittävässä ja usein johtavassa roolissa. Moniongelmaiset TULE kipupotilaat kuuluvat ryhmään ”10 % väestöstä kuluttaa 80 % sairaanhoidon kuluista”.

Fysiatrit osallistuvat monissa Euroopan maissa keskeisesti vaikeavammaisten kuten selkäydin- ja aivo- halvauspotilaiden kuntoutukseen. Suomessa siihen perehtyneiden fysiatrian erikoislääkärien määrä on rajallinen, mutta vaativaan kuntoutukseen perehtyneiden erikoislääkärien lisätarve on ilmeinen.

Suomessa uusimpana fysiatrian alueena on fysiatrien jalkautuminen pediatrian kentälle, osaksi erikois-sairanhoidon lasten ja nuorten TULE ongelmien ja kivun hoitoa. Toistaiseksi virallista toimintaa on vain Tampereen yliopistosairaalassa, jossa kokemukset ovat olleet rohkaisevia. Lasten ja nuorten TULE ongelmat ovat lisääntyneet jatkuvasti ja varhainen puuttuminen on oleellisen tärkeää kroonistumisen estämiseksi, joten ko. toiminnan laajentamisen tarve on ilmeinen. Yhdysvalloissa ja joissakin Euroopan maissa pediatrian fysiatria on oma subspecialiteettinsa. Toisena uutena alueena on onkologia, jossa fysiatrilla tulee olemaan rooli syöpäpotilaiden kuntoutuksen suunnittelussa.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää selvästi.

Erikoislääkäritarve v. 2030 250 %

Gastroenterologia

Vastaajien nimet: Pauliina Molander, Taina Sipponen, Markku Voutilainen

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Kroonisten suolistotulehdusten ilmaantuvuus on lisääntynyt n. 25 % Suomessa tällä vuosituhanella ja edellyttää lisäresurssien osoittamista näiden sairauksien hoitoon. Noin 40 000 henkilöä sairastaa tulehduksellista suolistosairautta tällä hetkellä. Väestön ikääntymisen myötä ruuansulatuskanavan syövästä varsinkin perä- ja paksusuolen syöpä yleistyy. Väestön ikääntyminen lisää muidenkin elimellisten ruuansulatuskanavan sairauksien riskiä. Päivystysasetus edellyttää, että sisätautien suppeilla erikoisaloilla kuten gastroenterologiassa on toimiva päivystysjärjestelmä; tällä hetkellä tätä palvelua ei ole tarjolla edes yliopistosairaloissa.

Tilastojen mukaan Suomessa on 107 työikäistä gastroenterologian erikoislääkärää. Se on 1,96 lääkäriä 100 000 asukasta kohti. Vastaava luku oli vuonna 2007 USA:ssa 3,9; Ranskassa 3,48; Australiassa 1,83. Jos halutaan pyrkiä Ranskan tilanteeseen, Suomessa tarvitaan yhteensä 190 gastroenterologian erikoislääkärää.

Alan erikoislääkärimäärä on tällä hetkellä tarpeeseen nähden selkeästi liian vähäinen ja osa gastroenterologisista toimenpiteistä suoritetaan muiden erikoisalojen kuten gastrokirurgien ja sisätautilääkäreiden toimesta. Gastroenterologien tarve tulee lisääntymään alan sairauksien lisääntyessä ja endoskooppisen toimenpidetarpeen ja -mahdollisuuksien lisääntyessä. Kroonisten tulehduksellisten suolistosairauksien yleistymisen takia maahan on luotava näiden sairauksien hoitoon keskittyviä yksiköitä.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

On. Pääkaupunkiseudulla erikoislääkärilukumäärä alalla on riittävä. Lääkäreistä 40 (37 %) työskentelee HYKS:n erityisvastuualueella, muiden yliopistosairaaloiden alueilla on 15–19 lääkäriä. Viidessä keskussairaalassa on vain yksi gastroenterologian erikoislääkäri. Alan erikoislääkäreitä tarvitaan keskus- ja yliopistosairaaloiden lisäksi suurten kaupunkien terveystieteiden ja kaupunginsairaaloiden gastroenterologisissa yksiköissä. Useilla eri alueilla Suomessa on jatkuva gastroenterologivaje.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Endoskooppisten menetelmien kehittyminen (ohutsuolen kapselikuvaus, enteroskooppiset menetelmät) ja endoskooppisten toimenpidemahdollisuuksien kehittyminen (kehittyvät tekniikat mm. gastrointestinaalisten vuotojen hallintaan ja polyyppien poistoon).

IBD-sairauksien tiedetään lisääntyvän voimakkaasti. Sairausten hoidossa käytettävien biologisten lääkkeiden valikoiman ja käytön laajeneva käyttö edellyttää lisääntyvässä määrin gastroenterologista asiantuntemusta.

Tällä hetkellä taloudellisesti merkittävä asia on C-hepatiittien lääketoimenpiteiden käyttöönotto.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Alamme lääkäritarve tulee lisääntymään merkittävästi edellä mainituista seikoista johtuen ja on suurempi kuin mitä nykyresursseilla voidaan kouluttaa. Tarpeen suuruus riippuu voimakkaasti paikallisesti sovitusta työjaoista mm. gastrokirurgien ja IBD- ja hepatiittien hoitoon erikoistuneiden sairaanhoitajien kanssa, kuten myös hoidon porrastuksesta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Koulutusvirkoja ja erikoislääkärinkouluttajia tarvitaan erityisesti keskussairaaloihin nykyistä enemmän ja yliopistojen ja yliopistollisten sairaaloiden tulee organisoida tämä koulutus ja vastata koulutuksen sisällöstä ja laadusta.

Erikoislääkäritarve v. 2030 20 % - 40 %

Gastroenterologinen kirurgia

Vastaajien nimet: Tero Rautio

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Ei yksittäisiä keskussairaalapiirejä lukuun ottamatta.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Kolorektaali syövän lisääntyminen

Lihavuuskirurgia

Lantionpohjan laskeumakirurgian lisääntyminen

HIPEC-hoidot ja laajojen monielinresektioiden lisääntyminen

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää tarvetta

Erikoislääkäritarve v. 2030 110 %

Geriatria

Vastaajien nimet: Marja-Liisa Laakkonen; Timo Strandberg, Kaisu Pitkälä, Sanna Liitsola ja Minna Raivio

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Vanhusväestön määrä kasvaa edelleen, suuret ikäluokat 80 vuotta välillä 2025–2035, heistä ehkä 25–30 % erikoislääkärin tarpeessa, riippuen lääketieteen ja prevention kehityksestä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä, tätä voi päätellä geriatrien jakaumasta, tosin etälääketiede ja etäkonsultaatiot muuttavat jvk tilannetta.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Geriatriasta erikoisosaamista ylipäänsä korostetaan (kokonaisvaltainen geriatrinen arvio ym.) Uusia hoito- ja erikoisaloja, jotka vaativat potilaiden geriatriasta arviota. Kiinnostus akuuttigeriatriaan. Kotihoidon rooli korostuu, toisaalta erikoisosaamista tähdennetään myös laitosvanhusten hoidossa. Sote uudistus tulee varmasti vaikuttamaan geriatrien tarpeeseen. Tuleeko geriatriasta avohoidon/ terveyskeskusten spesialitetti vai sairaalaspesialiteetti vai molempia. Sairaalageriatreja tarvitaan alkuun mutta tarve ehkä saturoituu nopeastikin. Kaikilla tasoilla geriatriasta osaamista tarvitaan jos spesialiteetin annetaan kehittyä joka suuntaan

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää. Geriatrien määrä kasvaa nopeasti ja 10v:ssa tulemme saamaan 100 geriatria lisää mikä on paljon.

Erikoislääkäritarve v. 2030 150–200 %

Iho- ja sukupuolitaudit, Ihotaudit ja allergologia

Vastaajien nimet: Sirkku Peltonen

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä. Suurissa kaupungeissa on yksityislääkäreillä pulaa potilaista kun taas pienissä kaupungeissa sekä laajoilla alueilla Itä- ja Pohjois-Suomessa on pulaa ihotautilääkäreistä.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. Biologiset lääkkeet psoriaasiin ovat vähentäneet vuodeosastohoidon tarvetta mutta toisaalta lisäävät erikoisoosaamisen tarvetta, jotta hoitoja voidaan käyttää.
2. Ihosyövät lisääntyvät jatkuvasti, osittain väestön ikääntymisen takia. Syöpien ja niiden esiasteiden hoitoon on tullut uusia lääkkeitä ja esiasteita hoidetaan aktiivisemmin. Tämä lisää erikoislääkärien tarvetta.
3. Esteettiset hoidot varsinkin laserlaitteilla ovat kehittyneet ja niiden kysyntä on lisääntynyt.
4. Lääketieteellinen kuvantamistekniikka on kehittymässä ja tämä sekä telelääketiede on lähiaikoina mahdollistamassa paremmat diagnoosimahdollisuudet myös etänä.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Ei vähennä.

Erikoislääkäritarve v. 2030 120 %

Infektiosairaudet

Vastaajien nimet: Asko Järvinen

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä. Suomen infektiosairauksien erikoislääkärien määrä on noussut osapuilleen Euroopan eri maiden väestöpohjaiseen keskitasoon. Uusia tehtäviä on tulossa infektion torjunnasta avohoidossa ja hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa, joka lisäänee lääkäritarvetta jonkin verran. Jos sisätautien vuodeosastot muuttuvat suuremmissa sairaaloissa infektiosairauksien osastoiksi osittain tulee koulutusmäärän kasvaa.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Yliopistosairaaloista etäisimmissä keskussairaaloissa on lääkärivajaus.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Vaikeat yleisinfektiot ovat lisääntyneet, mikä näkyy 15 vuoden aikana kaksinkertaistuneena veriviljelypositiivisten infektioiden määränä ja torjuntarajoitteisten potilaiden määrä on noussut sekä lisääntyneen tehohoidon että lääkehoidon vuoksi. Vierasesineitä laitetaan entistä enemmän, mikä on lisännyt vaikeasti hoidettavia infektiota. Nämä ja lisääntyvään maahanmuuttoon liittyvä lääkeresistentin tuberkuloosin lisääntyminen ja odotettavissa olevat epätavalliset infektiot lisäävät infektiosairauksien potilasmääriä yliopisto- ja keskussairaaloissa.

Sote-alueiden muodostuminen tulee lisäämään tarvetta alueelliseen epidemiantorjuntaan, jossa infektioaläkärien ohjausta/johtoa sote-alueella tullaan tarvitsemaan myös avohoidon tartuntatautien torjunnassa. Hoitoon liittyvien infektioiden merkitys potilasturvallisuudessa on lisääntynyt ja infektioaläkärien merkitys niiden ehkäisemisessä on kasvanut.

Moniresistenttien mikrobien esiintyminen on lisääntynyt (MRSA, ESBL, CPE) ja torjuntatoimet tulevat vaatimaan enemmän panostusta.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Maltillinen lisäystarve

Erikoislääkäritarve v. 2030 140 %

Kardiologia

Vastaajien nimet: Antti Hedman, varapuheenjohtaja, Suomen Kardiologinen Seura, Hartikainen Juha
Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Useissa sairaaloissa on edelleen pulaa kardiologian erikoislääkäreistä, eikä virkoja ole saatu täytettyä pätevillä hakijoilla. Tämä koskee lähinnä keskussairaaloita ja aluesairaaloita. Aiemmin sydänpotilaita keskussairaaloissa hoitivat kokeneet sisätautilääkärit, joista monet ovat eläköityneet tai eläköitymässä ja nyt nämä positiot täytetään kardiologian erikoislääkäreillä. Kardiologian on ent. sisätautien suppeista erikoisaloista suurin. Useassa keskus- ja aluesairaalassa kardiologinen polikliininen toiminta on osittain tai täysin konsulttisopimusten varassa. Konsultteina toimivat kardiologit omien yritystensä kautta. Toiminta sinänsä sujuu hyvin, mutta se ei mahdollista pitkä tähtäimen suunnittelua ja vakautta.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä, ainakin Itä-Suomessa ja Lapissa on em. syistä pulaa kardiologian erikoislääkäreistä.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Hedman: 1. Sepelvaltimotaudin invasiivisen hoidon painopiste siirtyy katetrtoimenpiteisiin ja sydän kirurgian osuus vastaavasti koko ajan pienenee. Tähän vaikuttavat pallolaajennustekniikoiden ja stenttien kehitys sekä akuutin ST-nousu infarktin hoito suoraan pallolaajennuksella. Jatkossa myös, jos 24/7 ST-nousu-infarkti-päivystys halutaan järjestää kaikissa 12 päivystyssairaalassa, tullaan tarvitsemaan jonkin verran lisää kardiologeja. Nyt useissa keskussairaaloissa ST-nousu infarktinhoito on järjestetty hälytystyöjärjestelyin.

2. Läppävikojen hoitomahdollisuudet katetrivälitteisesti ovat voimakkaassa kehityksessä ja tulevat jatkossa olemaan muidenkin kuin hyvin suuren leikkauksriskin potilaiden hoitoa. Väestön ikääntyessä aorttastennoosin esiintyvyys kasvaa, mikä erityisesti tulee lisäämään näiden toimenpiteiden ja niiden tekijöiden määrää. Toimenpiteitä on alettu jo nyt tekemään myös keskussairaaloissa.

3. Tahdistinhoidon kehitys on ollut viime vuosina nopea. Vajaatoiminnan tahdistinhoito on vakiintunutta vaikean vajaatoiminnan hoitoa ja myös suuren riskin potilailla äkkikuoleman ehkäisevien rytmihäiriötahdistinten asentaminen profylaktisesti on vakiintunutta hoitoa. Väestön (suurten ikäluokkien) ikääntyessä myös perinteisen tahdistinhoidon tarve kasvaa jo tällä perusteella. Tahdistimia asentavien ja tahdistimia seuraavien kardiologien tarve tulee lähivuosina varmasti kasvamaan.

4. Väestössä yleisimmän pitkäkestoisen rytmihäiriön, eteisvärinän hoito on kehittynyt viime vuosina nopeasti. Katetriablaatiohoito on vakiintunut vaikeaoireisen eteisvärinän hoito, varsinkin kun eteisvärinän lääkähoidossa ei ole tapahtunut merkittäviä edistysaskelia. Väestön ikääntyessä, lihoessa ja verenpainetaudin samalla yleistyessä eteisvärinän esiintyvyys lisääntyy, mikä tulee kasvattamaan rytmikardiologien tarvetta. Eteisvärinän katetriablaatiotoimenpiteet ovat siirtymässä myös keskussairaaloissa te

Hartikainen: 1. Kardiologinen toiminta on kehittynyt ja subspecialisoitunut. Yhä enenevässä määrin tarvitaan tietyn osa-alueen erityisosaamista: kuvantaminen, interventiot, rytmihäiriöt. jne. Näin hallitseminen edellyttää pitkälle edennyttä koulutusta.

2. kardiologian diagnostiikka ja hoito ovat kehittyneet huomasti. Aiemmin hoito oli enemmän sympto- maattista ja sen toteutus ei vaatinut niin suurta erityisosaamista kuin tänä päivänä. Nykyään hoito pitää usein sisällään jonkin toimenpiteen (aiemmin lääkahoito) joka vie enemmän aikaa, mutta toisaalta tuo enemmän terveyttä. Esimerkkejä Vajaatoiminta: CRT vs lääkehoito; sepelvaltimotauti PCI vs. lepoa ja nitroja; Rytmihäiriöt. Ablatio vs. lääkehoito; STEMI: primaari-PCI vs. trombolyyysi jne...

3. Kardiologiaan on tullut ns. kuratiivisia hoitoja (elektrofysiologia). Kuratiivinen hoito tulee tarjota aina kun se mahdollista. Eteisvärinän hoitoon on tarjolla ablaatiohoito, joka tuo avun n 75-80%:lle potilaista. Ablatio vie kuitenkin paljon aikaa, n. 3-4 h. Suomi on eteisvärinän ablaatiohoidossa muuta Eurooppaa vielä jäljessä.

4. Päivystysasetus (2015) edellyttää ympärivuorokautisen kardiologinpäivystyksen järjestämistä.

5. Väestö vanhenee. Tahdistimine asennuksen määrä on suorassa suhteessa ikääntyneen (>75 v) väestön määrään. Tahdistinten asennusten määrä kasvaa ainakin vuoteen 2030 asti, jolloin ns. suuret ikäluokat ovat kuolleet.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Erikoislääkäritarve lisääntyy em. tekijöiden vaikutuksesta. Lisäksi tarvetta lisää se että sisätautilääkäreiden eläköityessä sydänpotilaita hoitaneet sisätautilääkäreiden positiot täytetään kardiologian erikoislääkäreillä. Väestön ikääntyessä myös em. kehityssuuntien lisäksi non-invasiivisten kardiologisten arvioiden ja konsultaatioiden määrä tulee kasvamaan. Kardiologien määrä on kasvanut viimeisen 5 vuoden aikana 25 %, arvioimme että tarve nykyisellä kehityksellä kaksinkertaistuu seuraavassa 15 % vuodessa.

Erikoislääkäritarve v. 2030

200 % eli. n. 500 kardiologian erikoislääkärää

Keuhkosairaudet

Vastaajien nimet: Joni Niskanen; SKLY hallitus

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Viimeisen kymmenen vuoden ajan erikoislääkärivaje on ollut selviö. Tämä on johtanut medisiinisesti tehtävien priorisointiin ja hallinnollisesti täyttämättömien virkojen lakkauttamisiin. Astma- ja keuhkoah-
taumatautipotilaat hyötyvät erikoislääkärin konsultaatiosta, johon resurssit ovat paikoi olleet hyvin rajal-
liset tai niitä ei ole ollut.

Seulonta, riskiryhmien tupakoinnin vieroitusinterventiot vähentävät kuolleisuutta, resursseja ei ole.

Keuhkokuntoutus on mahdollista järjestää ja kuntoutus on kustannustehokasta. Voimavarat järjestämi-
seen ovat puuttuneet. Lähetemäärät ovat jatkuvasti lisääntyneet.

**Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suh-
teessa palvelutarpeeseen?**

Miljoonapiirien kesken ei merkittävää. Miljoonapiirien sisällä maakuntakeskussairaaloissa on paikoittain
voimakasta vajetta yliopistosairaaloihin nähden.

**Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on
viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.**

Isojen kroonisten obstruktiivisten kansansairauksien hyvä endotyypin mukainen hoito vaatii keuhkolää-
käreitä.

Astma- ja keuhkoah-
taumatautipotilaat hyötyvät erikoislääkärin konsultaatiosta, johon resursseja ei ole
ollut.

Uudet kalliit hoidot keuhkofibroosissa, pulmonaarihypertoniassa ja syövässä vaativat keuhkolääkäreiden
panosta.

Maahanmuuton lisääntyminen on jo lisännyt haasteellisempaa tuberkuloosidiagnostiikan ja hoidon tar-
vetta.

Diagnostiikka vaatii lisää väkeä, jotta saadaan ikääntyvän väestön lisääntyvät syövä diagnosoitua ja
tehtyä levinneisyys selvittelyt (keuhkosityövän määrä tulee olemaan melko vakio, koska tupakointi vähen-
tynyt, mutta muiden syöpien diagnostiikka on lisääntynyt). Invasiivinen bronkologia ja pleuran toimenpi-
teet kehittyvät ja lisääntyvät.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää.

Erikoislääkäritarve v. 2030 140 %

Keuhkosairaudet ja allergologia

Vastaajien nimet: Marjukka Myllärniemi

**Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja
palvelujärjestelmän tarpeita?**

Ei. Keuhkosairaudet ovat epidemiologisesti lisääntymään päin. Läheteitä tulee vuosittain erikoisalal-
lemme 10–15 % enemmän. Uniapnea- ja COPD-epidemia ja väestön ikääntyminen vaikuttavat tähän
eniten, mutta muitakin syitä, kuten sairauden varhainen tunnistaminen on. Alalla on vallinnut pitkään
lääkäripula.

**Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suh-
teessa palvelutarpeeseen?**

Kyllä, Etelä-Suomessa tilanne on suhteellisen hyvä, varsinkin kun erikoistuvien rekrytointi on onnistunut
viime vuosia paremmin 2014–2015 (erikoistuvien määrä lisääntynyt HY:ssä 12->26). Sen sijaan haja-
asutusalueilla, erityisesti pienissä alue- ja keskussairaaloissa on huutava pula keuhkolääkäreistä. Joiden-
kin yliopistosairaaloiden alueilla on myös edelleen pulaa erikoistuvista.

**Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on
viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.**

1) Uniapneaeidemia, läheteiden lisääntyminen. Toimintoja on yritetty kehittää ja siirtää PTH:n mutta
tietty määrä lääkäreitä tarvitaan silti erikoissairaanhoidossa

2) Muiden kansansairauksien (astma, COPD) hoidon kehittyminen niin, että potilaat elävät pidempään.

3) Keuhkonsiirtotoiminnan alkaminen

4) Uusien, kalliiden lääkkeiden tulo markkinoille luo tarvetta ESH arviointiin (keuhkosityöpä, keuhkofib-
roosi, pulmonaalihypertensio)

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Keuhkolääkäreitä tarvitaan lisää tulevaisuudessa (arviolta n. kaksinkertainen määrä nykyisestä jos verra-
taan muissa pohjoismaissa olevaan keuhkolääkärfrekvenssiin). Myös keuhkolääkäreiden ikärakenne

vaikuttaa tähän (iso osa eläkeiässä 5-10 vuoden sisällä). Olemme erikoisalayhdistyksessä panostaneet rekrytointiin, mutta tarvitsemme myös lisää koulutusvirkoja vajeen paikkaamiseksi.

Erikoislääkäritarve v. 2030 200 %

Kliininen farmakologia ja lääkehoito

Vastaajien nimet: Janne Backman, Mikko Niemi, Aleksi Tornio

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Lääkehoidon yleinen merkityksen jatkuva kasvu, lääkehoitojen nopea uusiutuminen, väestön ikääntyminen ja monilääkityksen yleistyminen, sekä sosiaali- ja terveysministeriön vaatimukset alan asiantuntijuuden lisäämiseksi mm. SOTE-uudistuksen yhteydessä lisäävät alan erikoislääkärien tarvetta. Muun muassa Fimeassa ja lääketeollisuudessa on jo ollut vaikeuksia palkata riittävästi klinisen farmakologian erikoislääkäreitä.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä. Erityisesti Itä-Suomen alueella erikoislääkäreitä on liian vähän ottaen huomioon Fimean virkojen sijoittuminen pääasiassa Kuopioon. Itä-Suomen yliopistossa ei ole mahdollisuutta erikoistua Kliiniseen farmakologiaan ja lääkehoitoon, koska sieltä puuttuu koulutuksen vastuuhenkilö ja koulutusvirat.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. Lääkehoidon merkitys on kasvanut sairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Monien sairauksien lääkähoidot ovat uusiutuneet voimakkaasti (mm syövän lääkähoidot, biologiset lääkkeet) ja tämä kehitys näyttää jatkuvan.

2. Väestö on ikääntynyt, jonka seurauksena lääkehoitoa saavien potilaiden määrä lisääntyy ja lääkkeiden käyttäjät ovat aiempaa vanhempia ja herkempiä monille lääkkeiden vaikutuksille ja haittavaikutuksille. Tämän seurauksena myös monien lääkkeiden yhtäaikaisten käyttö on lisääntynyt.

3. Lääkehoidot ovat muuttuneet aikaisempaa yksilöllisemmiksi. Sairauksien aiempaa tarkempi diagnostiikka ja potilaan yksilökohtaisten perinnöllisten ja muiden tekijöiden aiempaa tarkempi huomiointi lääkehoitoa valittaessa tekee lääkähoidoista aiempaa yksilöllisempiä. Tämä lääkehoitojen monimutkaisuutensa lisää klinisen farmakologian asiantuntemuksen tarvetta hoitosuosituksia laadittaessa ja käytännön lääkähoidon toteutuksessa.

Lääkehoitojen tehon ja lääkitysturvallisuuden varmistamiseksi, hoitavalla lääkäriä tulisi olla mahdollisuus konsultoida klinisen farmakologian erikoislääkäreitä lääkähoidon erityis- ja ongelmatilanteissa (kohdat 1-3). Lääkehoitojen tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen (rationaalinen lääkehoito) toteutus edellyttää lääkehoitojen erityisasiantuntemusta (kliinisen farmakologian ja lääkähoidon erikoislääkäreitä) sairaanhoidon kaikilla tasoilla.

4. Suomessa tehtävien kliinisten lääketutkimusten määrä on kääntymässä nousuun ja Suomeen perustetut biopankit yhdessä erinomaisten terveydenhuollon rekisterien kanssa voivat lisätä kliinisten lääketutkimusten määrää tästä vielä huomattavasti. Kliinisten lääketutkimusten suunnittelu, suorittaminen ja arviointi ovat keskeisiä klinisen farmakologian ja lääkähoidon erikoislääkärien osaamisalueita. Kliinisten lääketutkimusten eettiset, juridiset, muut hallinnolliset ja tieteelliset vaatimukset ovat lisääntyneet. Kliinisten lääketutkimusten mahdollistamiseksi Suomessa tarvitaan alan erikoislääkäreitä.

Yhdessä nämä tekijät lisäävät klinisen farmakologian ja lääkähoidon erityisasiantuntemuksen tarvetta sairaanhoidossa, SOTE-alueilla, Fimeassa, valtionhallinnossa, lääketeollisuudessa ja yliopistoissa.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää, ks yst. edellä.

Erikoislääkäritarve v. 2030 150–200 %

Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede

Vastaajien nimet: Sorjo Mätzke

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede ovat sellaisenaan varsin nuori erikoisala ja hakenut hienman paikkaansa terveydenhuollon kentällä. Osin klinikat ovat tottuneet tekemään klinisen fysiologian tutkimuksensa itse. Vähitellen kuitenkin tarpeet ovat olleet lisääntymään päin. Kliininen fysiologia kykenee yhdistämään eri klinisen alojen diagnostiikkatarpeita, jolloin laitteet ja resurssit tulevat tehokkaammin käyttöön kuin jos kaikki tekisivät diagnostiikkansa itse. Emme vain ole resurssipulan vuoksi kyenneet vastaamaan klinikoiden tarpeeseen riittävän hyvin. Monella alueella on julkisen puolen virkoja ollut auki jo vuosia. Toisaalta isotooppilääketiede on jatkuvasti ollut nopeasti kehittyvä erikoisalan osa-

alue, jossa uudet kuvausmodaliteetit kuten PET ja kuvausmodaliteettien yhdistelmät PET-CT ja PET-MRI ovat vaatineet lisäresursointia.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

On. Useassa sairaalassa ei tällä hetkellä ole ainuttakaan alamme lääkäriä (esimerkiksi Mikkeli, Kajaani, Rovaniemi, Lappeenranta), osassa näistä ei ole lääkäripulan vuoksi edes virkaa olemassa, osassa on avoinna oleva virka. Monessa muussa sairaalassa on auki lisäksi auki virkoja (Pori, Jyväskylä, Seinäjoki, Vaasa, Hämeenlinna). Pääosin palvelut on hoidettu muiden sairaaloiden toimesta tai konsulttiyhteyksien kautta. On myös sairaaloita, joilla ei käytännössä ole mahdollista saada alamme palveluita haluamassaan ja tarvitsemassaan mittakaavassa kuten esim. Porvoo ja Lohja. Pohjois-Suomessa ei ole alamme koulutusta järjestettynä ja OYSin vaikutuspiiriin sisällä toimii ainoastaan kaksi alalle erikoistunutta lääkäriä.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Kuvausmodaliteettien kehitys erityisesti PET-kuvantamisen mutta myös gammakuvauksen alueella ovat parantaneet diagnostiikkamahdollisuuksia. Erityisesti onkologian alueella kehitys on ollut nopeaa ja markkinoille on saatu paremmin potilaan hoitoa ohjaavia ja ennustetta arvioivia menetelmiä. Kuvantamisemodaliteettien kehitys on myös mennyt yhdistelmäkuvausten suuntaan, jotka vaativat joko kahden erikoisalan yhteistä arviointia tai molekyyli- ja fuusiokuvantamisen lisäkoulutusta niitä lausuvilta lääkäreiltä.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Kehitys on, lisännyt ja tulee jatkossakin lisäämään alan lääkäritarvetta.

Erikoislääkäritarve v. 2030 150 %

Kliininen kemia

Vastaajien nimet: Kari Pulkki

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. OYS-erva-alueella on yksi yliopistosairaala (Oulu) ja neljä keskussairaala (Rovaniemi, Kajaani, Kemi ja Kokkola). Alueen keskussairaaloita palvelevissa laboratorioissa ei ole lainkaan kliinisen kemian erikoislääkäreitä. Myös Oulussa erikoislääkäreiden määrä on ollut jo pitkään vähäinen muualla samantyyppisiä palveluita tarjoaviin yksiköihin verrattuna. Diagnostiikka kehittyy ja lääkäreiden työpanosta tarvitaan jatkossa enemmän myös kehittämistyöhön.

KYS-ERVA: tarve lisääntyy erityisesti molekyyli-genetiikan suhteen (+1) ja KesKS:ssa (FIMLAB) puuttuu kliinisen kemian erikoislääkäri. (+2)

TAYS-ERVA: kliinisen kemian erikoislääkäri puuttuu PHKS:sta, lisäksi 1 molekyylihematologian asiantuntija +1 (yhteensä +2)

TYKS-ERVA: tarve molekyylihematologiaan/genetiikkaan +1

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

OYS-erva-alueella on vähän lääkäreitä verrattuna muualla samantyyppisiä palveluita tarjoaviin yksiköihin. Lisäksi OYS-erva-alueella ei ole keskussairaaloita palvelevissa laboratorioissa yhtään alan erikoislääkäriä.

KYS-ERVA: melko hyvä tasapaino, mutta molekyyli-genetiikka tulee kasvamaan voimakkaasti (+1)

TAYS-ERVA: melko hyvä toistaiseksi, 2 tullaan tarvitsemaan lisää

TYKS-ERVA: melko hyvä, molekyyli-genetiikka kouluttaa yhden lisää

HUS-ERVA: EKKS:sta on pitkään puuttunut kl.kemian erikoislääkäri

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1) Ohjaustarve kokonaistaloudellisesti oikea-aikaiseen ja oikeassa paikassa tapahtuvaan laboratoriodiagnostiikkaan on lisääntynyt. Alueellamme jossa on pitkät välimatkat, on suuri tarve mm vieritestausanalytiikan lisäämiseen.

2) Geneettisen analytiikan lisääntyminen diagnostiikan ja hoidon ohjauksen tarpeista.

3) Hematologisten sairauksien diagnostiikassa ja hoidon seurannassa tarvittavien virtausytometrysten ja molekyyli-genetiikallisten tutkimusten tutkimusmäärien kasvu.

4) Kehittyvien/muuttuvien hoitojen vaikutukset laboratoriotutkimusten käyttöön: toisaalta erikoistutkimusten käyttö ja toisaalta vaikutukset peruslaboratoriotutkimusten käyttöön

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää. Tällä hetkellä työssä NORDLAB: 7 erikoislääkäri (tarve 11)

ISLAB: 11 (tarve 12/2010)

TAYS: 10 (tarve 12/2030)

TYKS: 11 (tarve 13/2030)

HUS: 21 (tarve 22/2030)

Erikoislääkäritarve v. 2030: 77 (muutos + 15 %)

Klininen neurofysiologia

Vastaajien nimet: Mika Kallio, Satu Jääskeläinen, Erika Kirveskari, Esa Mervaala, Joel Hasan, Jussi Toppila

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. KNF-erikoislääkäreitä on jo tällä hetkellä liian vähän sekä yliopistosairaaloissa että keskussairaaloissa. Joissakin yliopistosairaaloissa, esimerkiksi TYKS:ssä ja OYS:ssä on keskimäärin 2- 2,5 EL:n vaje joko puuttuvien viranhoidajien tai puuttuvien virkojen muodossa. Keskussairaaloissa KNF -virkoja on täyttämättä tällä hetkellä useita. Lääketieteen kehittymisen myötä diagnostiikkaan on tullut uusia paineita. Hoidon vaatimustason kasvaessa tutkimukset vaaditaan tehtäväksi nopeammin ja kokonaan uusia tutkimuksia saadaan tehtäväksi. Tutkimusmäärät ovat kasvaneet koko 2000-luvun ajan noin 5-10 % vuositasolla, mutta uusia virkoja ei ole saanut perustaa kaikissa yksiköissä huolimatta työmäärän jatkuvasta kasvusta. Erityisesti vaativien KNF-palveluiden tarve ja käyttö ovat lisääntyneet erittäin merkittävästi: leikkausvalvonnat, video-EEG-valvonnat, pitkäaikaiset EEG-valvonnat teho-osastoilla, vaativat uni- ja vireystilatutkimukset, neuromodulaatiohoidot, leikkausta edeltävät vitaleiden aivoalueiden kartoitukset, neuropaattisen kivun diagnostiikka, ohutsäiejärjestelmän tutkimukset, virka-ajan ulkopuoliset EEG-palvelut jne. Tällä hetkellä kysyntä ja tarve ovat huomattavasti KNF-yksiköiden tuotantokapasiteettia suuremmat, eikä yksityissektori tuota lainkaan vaativia KNF-palveluita. Vanheneva väestö lisää KNF-palveluiden tarvisijoita ja samalla eläköityminen vähentää merkittävästi työikäistä KNF-erikoislääkärimäärää seuraavien 10 vuoden aikana. Sekä kunnallisella puolella että yksityispuolella koko Suomessa on KNF-lääkäripula. Kuntapuolella jonot ovat liian pitkiä vuokralääkäreistä ja virka-ajan ulkopuolisista lisätoista riippumatta.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Väestömäärään suhteutettuna vähiten erikoislääkäreitä on Oulun ja Tampereen alueilla. Lisäksi useassa keskussairaalassa (Jyväskylä, Kajaani, Mikkeli, Kotka, kohta myös Joensuu ja Savonlinna) ei ole lainkaan virkallisia, vaan palvelut tuotetaan täysin yksityissektorin toimesta.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

KNF kehittyä jatkuvasti ja tuottaa laajalti palveluita eri erikoisalueille. Useampia tarpeeseen vaikuttavia kehityssuuntia on nähtävissä, eikä näitä rajaamalla välity oikeaa kuvaa kehityspotentialista. Selkeää on, että tarve klinisen neurofysiologian palveluille ja osaamiselle on kasvava. Useat menetelmät ovat vaativia ja aikaa vieviä, ja siten sitovat suoraan lääkärityövoimaa, eikä niitä voida siirtää fyysikoiden tai hoitajien tehtäviksi, vaan monet tutkimuksista tehdään yhteistyönä, myös logopedien, psykologien ja muiden ammattiryhmien kanssa.

Yksi selkeä trendi on akuuttilääketieteen ja tehohoidon lisääntynyt tarve KNF-palveluille diagnostiikan, ennusteen ja hoidontarpeen arvioinnissa. Näihin kuuluvat pitkäaikaiset EEG-valvonnat teho-osastoilla huomioiden erikseen vastasyntyneiden, lasten ja aikuisten tehohoito ja tehohoitopotilaiden varhainen ennusteen arviointi KNF-menetelmillä. Useiden tutkimusten mukaan KNF-menetelmien käyttö on selvästi alimitoitettua teho-osastoilla, joten KNF-palveluille on selvää lisäystä vielä odotettavissa.

Leikkausta edeltävät ja leikkauksen aikaiset neurofysiologiset menetelmät ovat kehittyneet viime vuosina ja niitä edellytetään yhä useammissa leikkauksissa. Näitä ovat preoperatiiviset välttämättömien aivoalueiden kartoitukset aivokasvain potilailla navigoidulla aivojen magneettisella stimulaatiolla. Leikkauksen aikaiset sähköiset aivoalueiden ja hermojen stimulaatiot. Muut leikkauksen aikaiset hermorakenteiden valvonnat. Pitkäaikaiset ja vaativat video-EEG valvonnat ja – tutkimukset epilepsiakirurgisia selvitelyjä ja diagnostiikkaa varten.

Unihäiriöpotilaiden jatkuvasti lisääntyessä ja unilääketieteen kehittyessä tarve erilaisille vaativille unitutkimuksille kasvaa, myös lapsilla. Myös vanhenevan väestön työ- ja ajokykyä arvioidaan yksilöllisesti KNF-menetelmin.

Magneettistimulaatiohoitomuotojen kehitys. Nämä eivät rajoitu ainoastaan yhteen menetelmään, vaan KNF on mukana useamman eri tekniikan kautta. Eri menetelmillä annettavat neuromodulaatiohoidot sisältäen kallon ulkopuoliset navigoitu ja ei-navigoitu toistomagneettistimulaatio, transkraniaalinen tasavirtastimulaatio, invasiiviset aivojen stimulaatiohoidot jne. Myös hoitojen indikaatiot tulevat lisääntymään. Esimerkiksi neuromodulaatiohoidoista yhdistettynä erilaisiin toiminta- ja fysioterapioihin on tulossa hyvin todennäköisesti oleellinen osa aivohalvauspotilaiden kuntoutuksesta. Lisäksi lääkkehoidolle

resistenttien ja kroonisten sairauksien tehokas hoito KNF-menetelmin, jatkossa ehkä myös ennaltaehkäisy akuuttivaiheessa.

Neuromuskulaariultraäänitutkimusten käyttöönotto neurofysiologiassa. Etenkin yliopistosairaaloissa lähitulevaisuudessa käyttöön tuleva diagnostiikkaa tarkentava ja sensitiivisyyttä lisäävä menetelmä, jonka neurofysiologi voi hyvin tehdä ENMG-tutkimukseen liittyen.

Lisäksi muita kehityslinjoja ovat neuropaattisen kivun diagnostiikka ja ennustaminen, ohutsäiejärjestelmän ja autonomisen hermoston tutkimukset - Kivun kroonistumisen ennustetekijöiden KNF-kartoitus. Kyberteknologia: protetiikan kehitys – EEG-signaali ohjatut tekoraajat, man-computer-interface tekniikat; toiminnallisen aivokuvantamisen yhdistelmätekniikat: EEG/MEG/EP + fMRI, DTI, PET jne.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Selkeästi lisää ja vajetta on tälläkin hetkellä. Koko 2000-luvun ajan lähes kaikkien KNF-tutkimusnimikkeiden kysyntä on lisääntynyt, suurimmat nousut ovat kiireellisissä tai aikaa vievissä pitkissä ja vaativissa tutkimusnimikkeissä, ja uusia tutkimuksia sekä hoitomuotoja tulee lisää. Mikään vanhemmista tutkimuksista ei myöskään ole tippumassa pois valikoimista

Erikoislääkäritarve v. 2030 180 %

Korva-, nenä- ja kurkkutaudit

Vastaajien nimet: ORL-yhdistyksen istuva hallitus

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Epätasapainoa on. Pääkaupunki seudulla on ylitarjontaa ja muut yliopistokaupungit vaarassa ylitarjontaan. Pohjoisessa keskussairaaloiden rekrytointi erittäin haastavaa ja pulaa on

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

- 1) Väestön ikääntyminen - kuolonhuolto ja kuntoutus
- 2) tuumorikirurgia (syöpien määrä lisääntyy ikääntyneiden määrän kasvaessa)
- 3) Robottikirurgia

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Kehitys alallamme lisää lääkäritarvetta hiukan.

Erikoislääkäritarve v. 2030 110 %

Käsikirurgia

Vastaajat: dos. Harry Göransson, prof. Timo Raatikainen, dos. Nina Lindfors

Käsikirurgia nuorena erikoisalana ei ole vielä saavuttanut sairaaloiden miehityksen saturaatiovaihetta. Edes yliopistosairaaloiden käsiyksiköiden miehitys ei ole kaikin osin hyväksyttävällä tasolla. Suomen nykyisistä 16 keskussairaalaista vain 6:ssä on tietäkseni vähintään yksi käsikirurgin virka (Kotka 2, Lahti 1 ½, Seinäjoki 1 ½, Kokkola 1?, Jyväskylä 2, Joensuu 2, Mikkeli 1). Tulevasta SOTE:sta ei tiedetä vielä mitään lopullista, mutta suunnitelmassa on 15 SOTE-aluetta. Ottaen huomioon eläkepoistuman ja hakeutumisen yksityissektorille, ei nykyisellä koulutusmäärällä päästä SKKY:n miehitystavoitteeseen vuoteen 2030 mennessä.

V.2012 ERVA-alueilla tehtiin selvitykset erikoisalakohtaisista lääkäritilanteista ja erikoislääkärikoulutuksen tarpeesta vuoteen 2025. Käsikirurgian osalta nykyisten koulutusmäärien katsottiin vastaavan tarvetta kaikilla 5 ERVA-alueella yo- ja keskussairaaloiden käsi- ja ortopediylilääkäreiden mielestä. Keskusteluissa keskussairaaloiden ylilääkäreiden kanssa kysytään käsikirurgeja töihin. Sairaalat eivät pidä virkoja auki, koska tietävät, ettei markkinoilla ole vapaita käsikirurgeja. Virat tulevat auki, kun on tiedossa siihen tulija. Esimerkiksi nyt Taysissa koulutuksessa olevilla 4 erikoistujalla on työpaikka jo tiedossa. Ortopedit ja yleiskirurgit tekevät käsikirurgiaa parhaansa mukaan yleensä siksi, ettei käsikirurgia ole talossa.

Suomi on ollut ensimmäisten valtioiden joukossa aloittamassa käsikirurgian spesialetteettia. Viime vuosina myös muissa Euroopan maissa on seurattu esimerkkiä ja on lisääntyvästi aloitettu käsikirurgian erikoislääkäri-koulutusohjelmia. Tämä seurausta yleisestä trendistä keskittyä pienempiin kokonaisuuksiin kirurgiassa, myös erikoisalojen sisällä. Leikkaustoiminta on muuttunut tuotantomaiseksi: tehostetaan toimintaa, vähennetään kustannuksia ja parannetaan hoidon laatua. Seurauksena on yleistekemisen kaatoaminen.

SOTE:n myötä todennäköisesti lisääntyä osaajien siirtyminen yksityissektorille, jos erikoissairaanhoidon vapaa kilpailu ja valinnanvapaus ulotetaan sinne ja kielletään sivutyöt julkisen sektorin viranhaltijoilta. Suuri osa käsikirurgiasta voidaan tehdä päiväkirurgisesti ja sopii siten yksityissektorille. Toisaalta jos julkinen sairaanhoito haluaa olla kilpailukykyinen yksityissektorin kanssa, on sillä oltava vastaavat fasilitteetit. Joka tapauksessa raskas päiväystyökirurgia jää julkisen sektorin harteille ja sille on oltava tekijänsä. Kummassakin tapauksessa on huolehdittava riittävästä koulutuksesta.

Erikoislääkärinkoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030 asti on haasteellista. Tilannetta tulisi arvioida uudelleen 5 vuoden kuluttua. Tällöin terveydenhuollon uudistukset on tehty, vaikutukset nähty ja tiedetään tulevat tarpeet kirkkaammin. Samaan aikaan myös suuremmat opiskelijakurssit alkavat astua työelämään.

Yllä olevaan viitaten ehdotamme, ettei ERVA-alueiden v.2012 tehtyjen selvitysten mukaisissa käsikirurgian koulutusmäärissä tehdä muutoksia ennen vuotta 2020.

Lastenkirurgia

Vastaajien nimet: Mika Venhola, hall pj

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Epätasaisesti jakautunut erikoislääkäri työvoima, pohjoinen+itä-suomi+kainuu kärsii lastenkirurgipuolasta mutta eteläsuomessa osa porukasta etsii töitä.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

lääketieteellinen kehitys ei ole merkittävästi vaikuttanut erikoislääkäritarpeeseen. lastenkirurgien tarve/määrä on ollut jo pitkään melko vakaa ja tulevaisuus näyttää kohtuullisen stabiililta

Erikoislääkäritarve v. 2030 90 %

Lastenneurologia

Vastaajien nimet: Johanna Uusimaa, pj

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Lastenneurologian alalla asiantuntijuuden tarve on selkeästi kasvamassa, eikä nykyinen erikoislääkärimäärä riitä vastaamaan kasvavaa tarvetta; tilannetta hankaloittaa myös se, että tulevina vuosina merkittävä määrä lastenneurologeja on eläköitymässä.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä. Suurin osa lastenneurologeista koulutetaan HUS:n alueella, jonne suurin osa lastenneurologeista on sijoittunut myös työelämään. Ainakin Pohjois- ja Itä-Suomen alueella on merkittävä epätasapaino erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen. Esim. OYS-Ervan alueella ei ole lainkaan lastenneurologia KPKS:ssa Kokkolassa (virka ollut useita kertoja auki), LKS:ssa toinen virka on täyttämättä, osa viime vuosina OYS:ssa koulutetuista lastenneurologeista on sijoittunut työelämään Etelä-Suomeen, ja osa OYS-ERVAn alueella asuvista lastenneurologeista ei toimi lastenneurologin työtehtävissä.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Lastenneurologian asiantuntijuuden tarve on selkeästi lisääntynyt viime vuosina lääketieteellisen diagnostiikan tarkentumisen ja hoitomuotojen kehityksen myötä. Neonatologian ja tehohoidon kehitys on myös toisaalta lisännyt lastenneurologisen asiantuntijuuden tarvetta. Myös maahanmuuttajien määrän lisääntymisen myötä lastenneurologisen asiantuntijuuden tarve on kasvanut, tulkkipalvelujen tarve on kasvanut, maahanmuuttajalasten tutkimiseen ja hoitosuunnitelmien laatimiseen tarvitaan merkittävästi enemmän aikaa mm. tulkkauksen viemästä ajasta johtuen. Lasten kehitykselliset haasteet myös tunnistetaan aiempaa varhemmin ja osataan ohjata tilannearvioon aiempaa varhemmin. Epilepsiadiagnostiikka ja hoitomuodot ovat kehittyneet (kehittyvä neuroradiologia, epilepsiakirurgia, uudet epilepsialääkkeet, ketogeenisen dieetin ja vagus-hermostimulaattorien aiempaa yleisempi käyttö hoitoresistenteissä epilepsioissa). Ympäristötekijöiden ja elintapojen muutokset (raskaudenaikainen päihteiden käyttö, lasten ja nuorten lisääntynyt ”ruutu aika” jne) ovat lisänneet erilaista neuropsykiatrista (ADHD ja siihen liittyvät komorbiditeetit) ja psykosomaattista oirehdintaa (erilaiset päänsärkyoireistot); vaikeahoitoista migreeniä, uni- ja mieliala- ja tunteiden häiriöitä ja tunteet ovat lisääntyneet haasteita lastenneurologisille moniammatillisille työryhmille. Toisaalta avoterveydenhuollon kuntoutustyöryhmien eri ammattiryhmien vajaukset (esim. kouluterveydenhoitajien, psykologien, puhe- ja toimintaterapeuttien puute) eivät mahdollista hoidon porrastuksen toteuttamista ja siirtävät painetta erikoissairaanhoidon. CP:n diagnostiikka on kehittynyt tarkentuneiden luokitusten myötä ja spastisuuden hoidossa käytetään vielä aiempaa enemmän Botox ja IT-

baklofeenihoitoja, apuvälineet ovat kehittyneet ja tarjonta monipuolistunut, apuvälinearvioissa vaaditaan moniammatillisen työryhmän osaamista.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Nykykehitys monet yhteiskunnalliset asiat, lasten ja nuorten sekä perheiden elintapoihin, lisääntyvään maahanmuuttoon ja lääketieteen kehitykseen liittyvät asiat huomioiden lastenneurologian alan lääkäritarve lisääntyy koko ajan, tilannetta hankaloittaa entisestään myös se, että tulevina vuosina eläköityviä lastenneurologeja on paljon suhteessa erikoislääkäreiden kokonaismäärään.

Erikoislääkäritarve v. 2030 120–130 %

Lastenpsykiatria

Vastaajien nimet: Hanna Ebeling

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Julkiselta puolelta puuttuu huomattava määrä lastenpsykiatreja

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Suuren kaupunkien ulkopuolella eniten pulaa

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Psykiatrian alojen psykologisen mielen kehityksen takaa-alalle jääminen vaikuttaa osaltaan psykiatrian alojen kiinnostavuuteen. Biologisen näkökulman kannalta on mielekkäämpiä vaihtoehtoja kuin psykiatrian alat.

Lääketieteellinen biologinen näkökulma on toisaalta monipuolistunut tieteen kehityksen myötä. Tarvi- taan edelleen näiden kahden alan integraatiota.

Varhaislapsuuden merkitys on tullut itsestään selvydeksi, myös biologisten muutosten kannalta.

Varhaislapsuuden kokemusten merkitys myös somaattisten sairauksien taustatekijänä on korostunut.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Edellä mainituista syistä lisääntyy.

Erikoislääkäritarve v. 2030 115 %

Lastentaudit

Vastaajien nimet: Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen hallituksen jäsenet: Pekka Lahdenne, pj, Henrikka Aito, sihteeri, Pirkko Keronen, Raimo Jauhola, Raimo Voutilainen, Sirpa Räsänen, Riitta Ojala, Eveliina Ronkainen, Panu Kiviranta, Sami Remes, Andreas Blanco Sequieros, Jarmo Salo, Antti Kyrölähti

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Lastenlääkäritarpeen arvioinnissa on erityisesti otettava huomioon sote-uudistuksen edellyttämät muutokset. Tulevan palvelujärjestelmän rakenne vaikuttaa merkittävästi pediatrien tulevaan tarpeeseen, mutta joka tapauksessa voidaan arvioida pediatreja tarvittavan useilla tasoilla palvelujärjestelmässä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon rajapintaan tullaan tarvitsemaan ammattitaitoisia, hoidon oikea-aikaisuuden ja muun palvelutarpeen arvioivia avopediatreja, joiden määräksi voidaan arvioida 1/5000 0-16 (-18v) lasta kohti. Näiden avopediatrien tulee toimia kiinteässä yhteydessä sairaalamaailmaan – myös oman jatkuvan kouluttautumisen näkökulmasta - ja heidän tulee olla osa jalkautuvaa erikoissairaanhoitoa.

Vuoden 2030 lapsiväestöennusteen (Tilastokeskus n. 900 000 0-16-vuotiaasta lasta) mukaan tämä johtaa noin 180 pediatriin lisäkoulutustarpeeseen. Ottaen huomioon eläköityminen ja nykyisten koulutusmäärien tuottamat pediatri (+ 60 pediatria v. 2030 mennessä) ja tehostuneiden hoitoprosessien mahdollistama työn päällekkäisyyden väheneminen koko lääkäritarpeessa (-20 %), olisi todellinen lisätarve ennakoituihin koulutusmääriin n. 30 pediatria vuoteen 2030 mennessä, mikä tarkoittaisi noin 2 erikoistuvan lisäystä/vuosi.

Tällä hetkellä lastenlääkärien määrä jakautuu alueellisesti edelleen epätasaisesti siten, että lastenlääkärit keskittyvät Etelä-Suomen kasvukeskuksiin ja yliopistosairaaloiden läheisyyteen. Suurimmassa osassa keskussairaaloiden lääkärivirat on kuitenkin saatu täytettyä. Pohjois-Suomessa, Itä-Suomessa ja Kainuussa on edelleen lastenlääkäriä vajeita. Ensisijaisesti on turvattava ammattitaidon säilyminen haavoittuvimmassa erikoissairaanhoidon yksiköissä, joita pyritään vahvistamaan. Em. koordinaatiotoiminta on mahdollista järjestää vain vahvoista erikoissairaanhoidon yksiköistä käsin, eikä avopediatri toiminnalla voida korvata erikoissairaanhoitoa.

Esimerkkinä KYS:in erityisvastuualueella vuonna 2009 tehdyn selvityksen mukaan lastentautien alan koulutusta tulisi lisätä, koska eläkepoistuma ei riitä kattamaan tulevaa erikoislääkäritarvetta (Heikkilä T. PSSHP julkaisuja 71/2009). Kyseisen selvityksen mukaan vuonna 2020 nykykoulutusvolyyymilla jäädään 7-12 lastentautien erikoislääkärin verran vajeelle (riippuen ennustemallin oletuksista), kun selvityksen ajankohtana v.2009 erva-alueella oli 58 lastentautien erikoislääkärää. Ero on merkittävä, ja yhden erikoistuvan lääkärin vakanssin poistuminen edelleen pahentaisi tilannetta. KYS Lasten ja nuorten klinikan ylilääkäreiden (Pekka Riikonen, Sami Remes, Jarmo Jääskeläinen, Raimo Voutilainen) erva-alueen keskussairaaloiden lastenyksiköihin keväällä 2013 tekemät klinikkavierailut antoivat samansuuntaiset havainnot: kaikissa keskussairaaloissa oli havaittavissa tai näköpiirissä lastentautien erikoislääkärivaje mm. eläköitymisistä johtuen.

Erikoissairaanhoidon (sekundaari- ja tertiäaritasot) kehittyviä palvelutarpeita:

Laajentuneen vastasyntyneiden seulonnan (ja osittain myös harvinaissairauksien yksiköiden toiminnan) vaatima pediatrien asiantuntemuksen ja työpanoksen tarve on jo nyt lisääntynyt. Tämä liittyy osittain kliinisen genetiikan palveluiden paikallisesti vaihtelevaan (usein riittämättömään) saatavuuteen, jolloin resurssitarve jo osaamisenkin perusteella luontevasti kaatuu useimmiten lastenlääkäreiden syliin.

Pitkäaikaissairauksien hoidon vaatavuustason kasvu kompensoi mahdollisesti pienenevien lapsi-ikäluokkien aiheuttamaa vähenemää potilasmäärissä, eli lastenlääkärimäärän tarve ei vähene samassa suhteessa

Opetukseen tarvitaan lisää pediatrija lääkäreiden koulutusmäärien kasvaessa, kun yliopistot samaan aikaan vähentävät paradoksaalisesti lääkäriopettajien määriä. Perusopetuksen hajauttaminen yosairaaloista keskussairaaloihin lisää opettavien pediatrien tarvetta myös keskussairaaloissa. Tutkivia pediatrijakin tarvitaan tulevaisuudessa, kun diagnostiikkaa ja hoitoja halutaan ja on syytä kehittää.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Neonatologian alalla hoitomahdollisuudet ja teknologiset edistysaskeleet (hengitysavusteiset hoidot) ovat lisääntyneet ja pienten keskosten eloonjäämisennusteet ovat hoitojen myötä parantuneet.

Vaikeiden kroonisten aineenvaihdunta- ja muiden (harvinaisten) sairauksien hoitoon on kehitetty ja kehitteillä vaikuttavampia hoitoja, jotka vaativat lisää asiantuntemusta monilla suppeilla erikoisaloilla (esim. endokrinologia, reumatologia, nefrologia, gastroenterologia).

Syöpähoitojen kehitys ja lapsisyöpäpotilaiden parempi ennuste lisää näiden potilaiden hoitoon tarvittavaa osaamista ja osaajia.

Tulevaisuuden osalta erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavat myös seuraavat tulevaisuuden kehityskulut:

1. Maahanmuuttajaväestön lisääntyminen ja sen mukanaan tuomat uudet lääketieteelliset haasteet
2. Virtuaali- ja etäkonsultaatiopalveluiden hyödyntämisen mahdollistama resurssien jakaminen

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää pääsääntöisesti

Erikoislääkäritarve v. 2030 105 %

Naistentaudit ja synnytykset

Vastaajien nimet: prof. Juha Räsänen

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Koulutus vaikuttaa olevan varsin tasapainossa ja alalle on hakeutumassa riittävästi erikoistuvia lääkäreitä, ongelma on, että erikoislääkärit haluavat yleensä jäädä isoimpiin kasvukeskuksiin ja toimia yksityissektorilla. Tällöin pienempiin sairaaloihin voi olla vaikea rekrytoida erikoislääkäreitä. Tämä ongelma tuskin poistuu koulutusta lisäämällä, vaan nämä paikat on muutoin tehtävä houkuttelevimmiksi.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Benigni operatiivinen kirurgia vähenee, koska konservatiiviset hoidot kehittyneet.

Gynekologisten syöpien määrää lisääntyy, hoidot komplisoituvat, mukaan lukien kirurgia, entistä vanhempia ja sairaampia voidaan hoitaa, eloonjääminen tod näköisesti paranee.

Väestön vanhenemisen myötä urogynekologian tarve tulee lisääntymään, leikkaustoiminta tällä sektorilla kasvaa.

Sikiöaikainen seuranta tulee vaativammaksi sikiöön kohdistuvien hoitotoimien kehittyessä, synnyttäjäpopulaatio myös vanhenee, joka lisää tiettyjen kroonisten sairauksien, esim sydän- ja verisuonisairauksien esiintymistä raskaana olevilla

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää nimenomaan sairaaloissa toimivien lääkäreiden tarvetta, hoidon keskittäminen voi olla osaratkaisu tähän, on huomioitava myös EU:n työaikadirektiivin vaikutukset, nimenomaan lisäten tarvetta.

Erikoislääkäritarve v. 2030 105 %

Nefrologia

Vastaajien nimet: Pauli Karhapää

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Väestö ikääntyy ja tulee varautua potilasmäärien kasvuun.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Yliopistopaikkakuntien ulkopuolella on ollut pulaa erikoislääkäreistä.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. Väestön ikääntyminen
2. Tyyppi 2 diabeteksen lisääntyminen
3. Potilaat pyritään saamaan omatoimisiin hoitoihin, mikä lisää lääkärityöpanoksen tarvetta.
4. Munuais- ja haimasiirtoja pyritään lisäämään. Potilaat tulevat jatkohoitoon 1 -2 vk elinsiirron jälkeen eli paljon varhaisemmin kuin aikaisemmin

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää

Erikoislääkäritarve v. 2030 130 %

Neurokirurgia

Vastaajien nimet: Minna Oinas (SNKY sihteeri), Leena Kivipelto (SNKY pj)

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Ei ole.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Neurokirurgiaan on tullut subspesialiteetteja, esimerkiksi lastenneurokirurgia, spinaalinen neurokirurgia ja vaskulaarineurokirurgia. Näiden myötä ei enää riitä 1 päivystysrinki, vaan on erikseen esimerkiksi vaskulaaripäivystys ja lasten päivystys. Näiden pyöritys niin arkena kuin päivystysaikaan vaatii enemmän henkilöitä kuin aiemmin.

Toisena seikkana on selkeästi aiempaa iäkkäämpien leikkaaminen. Ihmisten odotusikä kasvaa, mutta myös heidän yleistilansa on parantunut. Nykyään ei ole tavatonta leikata jopa 80 vuotiaan aivokasvainta, kun vielä 10v sitten niitä ei juuri leikattu (sen ikäiset olivat silloin huonokuntoisia). Tämä on lisännyt leikkausmääriä.

Neurokirurgia on pieni erikoisala, ja meitä ollut hallinnollisissa tehtävissä aiemmin vähän. Nykyään hallintotehtävissä on nelinkertainen määrä esimerkiksi 5v takaiseen nähden.

Ulkomailta on tullut erikoislääkärikoulutukseen väkeä meidän korkean koulutustason/ lääketieteellisen osaamisen vuoksi. Näistä suurin osa ei työllisty Suomessa YO-klinikoissa, vaan lähtee takaisin kotimaahansa/ulkomaille tai Suomeen jäädessään toimii vain yksityissektorilla.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää lääkäritarvetta huomattavasti. Tällä määrällä ylityöt paukkuu suuren päivystysmäärän vuoksi. Ja suurentuneen potilasmäärän vuoksi tarvitaan enemmän lääkäreitä.

Erikoislääkäritarve v. 2030 160 %

Neurologia

Vastaajien nimet: Risto O. Roine, Suomen Neurologisen Yhdistyksen pj

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Neurologien saatavuudessa on suuria alueellisia eroja, pääkaupunkiseudulla tilanne on paras, mutta jopa suuremmissa kaupungeissa kuten Tampereella ja erityisesti maakunnissa palvelut ovat heikommät. Asiaan vaikuttaa yksityissektorin osuus paikallisessa palvelutuotannossa sekä tulevan valinnanvapauden vaikutus julkisen ja yksityissektorin väliseen jakokulmaan ja mahdolliseen lääkärikunnan jakautumiseen todellisen kilpailutilanteen johdosta kuten Pohjoismaissa on jo tapahtunut. Neurologit hakeutuvat myös muihin töihin ja tekevät osa-aikaista työtä. Erityisesti elektiivisten neurologisten sairauksien hoito ei ole vielä riittävällä tasolla julkisella sektorilla. Erikoistumiskoulutuksen pääpaino tulee olla yo sairaaloissa, koulutustarve ja työvoimatarve ovat tai niiden pitäisi olla eri asioita, koulutuksella pitää pystyä vastaamaan alueelliseen tarpeeseen. Eläkkeelle jääminen tulee nykyisillä koulutusmäärillä katettua, mutta väestön ikääntyminen ja neurologian alan kehitys lisäävät neurologien tarvetta.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Alueellinen jakauma on epätasainen. Kasvukeskukset vetävät lääkäreitä, mutta toisaalta jopa HUS piirissä neurologeista on puutetta yo-sairaalan ulkopuolella. SOTE uudistuksen toteutuminen vaikuttaa asiaan, riippuen valinnanvapauden toteuttamistavasta. Neurologia on tällä hetkellä aiempaa halutumpi erikoistumisala nuorten lääkäreiden mielestä, mutta tässäkin suhteessa lienee alueellisia eroja ja erikoistuvista lääkäreistä on paikoin puutetta tai ylitarjontaa.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Aivosairauksien hoitomahdollisuudet ylipäätään kehittyvät hyvin nopeasti mihin tarvitaan lisää resursseja. AVH hoito on siirtynyt suurimmaksi osaksi etulinjaan, päivystys sisältää erittäin vaativia, kalliita ja invasiivisia hoitoja jotka tulee pitää erikoisalalla käsissä jatkossakin. Riittävästi resurssoidut suuret yksikö avainasemassa ja akuuttihoitoon keskittäminen jatkuu. Neurologinen kuntoutus on jäänyt lapsipuolen asemaan ja siihen tulee panostaa voimakkaasti. Neuroimmunologiset (MS) lääkehoidot, liikehäiriöiden, spastisuuden ja epilepsian invasiiviset hoitomahdollisuudet, osaltaan myös neurogenetiikka ja metabolisten ja lihassairauksien ja ylipäätään harvinaissairauksien hoito ovat täysin muuttaneet hoidon sisällön, vaativuustaso ja kustannukset ovat nousussa. Keskeistä myös ikääntymisen aiheuttama palvelutarpeen kasvu, toisaalta myös työikäisten kognitiiviset ongelmat. Kokonaisvaltainen diagnostiikka on leimallista jatkossakin neurologian alalla. Yleisneurologia ja AVH ovat vaihtelevassa määrin eriytymässä mutta säilyvät kuitenkin neurologian erikoisalalla piirissä. Akuuttilääketieteen ja neurologian välinen työnjako koko maan neurologisessa päivystyksessä tulee ratkaista, ja ratkaisumallin tulisi riippua paikallisista olosuhteista.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Kehitys lisää neurologitarvetta. Myös erikoisosaamisen tarve lisääntyy. Ylikoulutuksen vaaraa ei toistaiseksi näyttäisi neurologiassa olevan. Neurologitarpeeseen vaikuttamassa on lukuisia tuntemattomia muuttujia, mm SOTE uudistus ja valinnanvapauden toteutuminen.

Erikoislääkäritarve v. 2030 140 % (kouluttajien arviot vaihtelevat välillä 120–180%)

Nuorisopsykiatria

Vastaajien nimet: Suomen Nuorisopsykiatrinen yhdistys, Kirsi-Maria Haapasalo-Pesu, Mauri Marttunen, Eila Laukkanen

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Vaje julkisella sektorilla on nyt 16 %.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

On alueellista epätasa-arvoa. Alueita/kaupunkeja, missä erikoislääkäriä ei ole ollenkaan. Pitää olla joustavat koulutusmahdollisuudet.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Maailman nykytilanne näyttää siltä, että nuorisopsykiatrian tarve ei vähene. Mielenterveysongelmat liittyvät myös yhteiskunnan muutoksiin.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Tuleva sote lisää konsultaatiotarvetta perustasolle, mikä edellyttää sitä, että julkisella sektorilla on erikoislääkäreitä.

Nuorisopsykiatreja eläköityy 8/v, vastaavasti erikoislääkäreitä valmistuu 8/v. Kun on tarvis korjata nykyinen vaje, niin tarvitaan erikoislääkäreitä lisää. Jos vaje on 15 % ja työikäisiä erikoislääkäreitä on 170, niin tämä tarkoittaa 25 erikoislääkärinä. Eli 10 vuodessa pitäisi valmistua 25, tarvitaan 10–12 tutkintoa/v"

Erikoislääkäritarve v. 2030 195–200 %

Ortopedia ja traumatologia

Vastaajien nimet: Mika Paavola

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Ei ole merkittävää epätasapainoa.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. Tähtystystasavusteisen olkapään ja polven kulumasairauksien hoitoa käsittelevän leikkaushoidon huomattava väheneminen uuden tieteellisen tutkimusnäytön seurauksena.
2. Lannerangan kulumasairauksien kiinnitysvälineistöjä käyttävän leikkaushoidon (nk. instrumentoitu deesi) lisääntyminen.
3. Nilkkamurtumien (ulkokehräksen stabiilit murtumat) hoidon muuttuminen konservatiivisempaan suuntaan uuden tutkimusnäytön perusteella.
4. Polven rustovaurioiden leikkaushoidon menetelmien lisääntyminen

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Vähentää tähtystystasavusteisessa kirurgiassa, mutta lisää raskaassa kirurgiassa (esim. selkäkirurgia).

Erikoislääkäritarve v. 2030 110 %

Patologia

Vastaajien nimet: Päivi Heikkilä

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Koulutettavien määrä ei ole oikeassa suhteessa eläköityviin.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä, Uudenmaan, Kymen ja Etelä-Karjalan alueella.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Syöpätautien diagnostiikassa patologilta vaaditaan kannanottoa yhä useampiin parametreihin.

Immunohistokemiallinen diagnostiikka on kehittynyt.

Syöpätautien määrä on lisääntynyt väestön ikääntyessä ja muista syistä johtuen.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää.

Erikoislääkäritarve v. 2030 130 %

Perinnöllisyyslääketiede

Vastaajien nimet: Suomen Perinnöllisyyslääkärit-alaosasto (johtokunta), yhteenveto HYKS-, TAYS- ja OYS- genetiikan klinikoiden ylilääkäreiden vastauksista (Kristiina Aittomäki ja Minna Pöyhönen, Kalle Simola, Jukka Moilanen)

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Perinnöllisten sairauksien hoito on keskitetty yliopistosairaaloihin, joissa perinnöllisyyspoliklinikoilla huomattava vaje palveluiden kysyntään nähden

-Osassa yliopistoja myös lääkäreiden peruskoulutuksesta puuttuu genetiikka (Itä-Suomi, Tampere)

-Yliopistosairaaloiden perinnöllisyyslääketieteen yksiköissä on ajallisesti pitkä hoitojono, mikä hidastaa diagnostiikkaa ja potilaiden hoitoa myös muilla aloilla"

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Alalla on merkittävä alueellinen epätasapaino, kuten kyselyn liitteenä olleesta taulukosta käy ilmi. Helsingissä on resursoitu perinnöllisyyslääkäreiden virkoihin, muualla huomattava vaje eri erva-alueiden väestöpohjatkin huomioiden. Genetiikan palveluiden lääketieteellinen tarve lienee todellisuudessa sama asuinpaikasta riippumatta.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

- Perinnöllisten ja myös yleisten sairauksien geneettistä taustaa on opittu tuntemaan paremmin
- Geneettinen diagnostiikka korvaa ja/tai täydentää muiden alojen diagnostisia tutkimuksia jatkuvasti enemmän, mikä lisää näiden järjestämiseen, tulkintaan ja jatkohoitoon liittyvien perinnöllisyyslääkäripalveluiden kysyntää
- Perinnöllisiin sairauksiin ja alttiuksiin on kehitetty/kehittymässä kohdennettuja hoitoja, jotka edellyttävät sairauksien geneettisen etiologian tarkkaa määrittämistä
- Uusilla DNA:n sekvensointimenetelmillä (massive parallel sequencing) tehtävien geneettisten tutkimusten saatavuus on parantunut ja hinta dramaattisesti laskenut. Näiden tutkimusten soveltamiseen, virhelähteiden arvioimiseen ja tulosten tulkintaan tarvitaan perinnöllisyyslääkäreitä.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Kehitys lisää alan lääkäritarvetta

Erikoislääkäritarve v. 2030 Helsinki 150 %, muut yo-sairaalat 300 %

Plastiikkakirurgia

Vastaajien nimet: Ilkka Kaartinen, Virve Koljonen, Marja Majava, Kimmo Tanttula, Eija Suorsa, Catarina Svarvar, Esko Veräjänkorva.

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Pääkaupunkiseudulla on suuri määrä plastiikkakirurgian erikoislääkäreitä verrattuna muuhun maahan. Toisaalta kaikki keskussairaalapiirit eivät ole onnistuneet rekrytoimaan erikoislääkäreitä vaan toimivat konsulttivoimin.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. Rintasyövän määrä on lisääntynyt ja leikkaushoito on muuttunut niin, että onkoplastista kirurgiaa ja välittömiä rekonstruktioita tehdään enemmän. Tämä kuuluu plastiikkakirurgian erikoisalaan.
2. Ihosyöpien määrä lisääntynyt ja niiden leikkaushoito Suomessa on pääasiassa plastiikkakirurgien vastuulla.
3. Ylipainon lisääntyminen ja sen hoitaminen laihdutusleikkauksella on synnyttänyt kasvavan tarpeen post-bariatriseen kirurgiaan.
4. Väestön ikääntymisen ja esim. DM 2:n insidenssin kasvu aiheuttaa kroonisten haavojen lisääntymisen väestössä. Näitä hoidetaan myös lisääntyvästi plastiikkakirurgisten rekonstruktioiden keinoin. Lisäksi kroonisen haavan hoitoa keskitetään eri puolilla haavakeskuksiin, joiden toiminnassa plastiikkakirurgeilla on iso rooli.
5. Erilaisten haavoihin liittyvien konsultaatioiden määrä muilta kirurgian erikoisaloilta kasvaa (mm. alipaineimuhoidot)

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

mahdollisesti lisää lääkäritarvetta, mutta sairaaloidemme virkapohjien määrä ei vastaa tälläkään hetkellä lääkäritarvetta useissa julkisen puolen sairaaloissa. Vaikka erikoislääkäreitä koulutetaan paljon, ei virkapohjien lisääntyminen ole edennyt samassa määrin. Yksityispuolella tarvetta lisätä erikoislääkärimäärää ei ole.

Erikoislääkäritarve v. 2030 120 %

Psykiatria

Vastaajien nimet: Minna Valkonen-Korhonen, hallituksen puolesta

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Tällä hetkellä on suuria alueellisia eroja sekä psykiatrien että psykoterapeuttien määrissä. Myös perustasolla tuotettavien palvelujen määrä, laatu ja sisältö vaihtelevat suuresti. On paikkakuntia, joissa

erikoislääkärimäärä on riittävä ja alueita, joissa erikoislääkäreitä ei riitä edes välttämättöimpien ja korkealle priorisoitujen häiriöiden tutkimiseen ja hoitamiseen hoitosuositusten mukaisesti. Vuoden 2015 psykiatrimäärällä kyettäisiin vastaamaan nykyistä paremmin kansanterveydellisesti merkittävien psykiatristen sairauksien hoitoon nykyistä paremmin, mikäli työvoiman jakautuminen olisi kansallisesti tasaisempaa. Tämän taustalla on osin tekijöitä joihin on vaikea vaikuttaa (esim. puolison työn löytämisen ongelmat). Suurin ongelma liittyy psykiatrimäärän ennusteeseen. Vuosikymmenen loppuun mennessä psykiatrimäärä laskee voimakkaasti. Tämä edellyttää toimenpiteitä, jotka kohdistuvat sekä odotettavissa olevaan muuta lääkärikuntaa heikompaan ansiotasoon, työtehtävien ja työaikojen joustavaan järjestelyyn sekä koulutus- ja työhönohjausmahdollisuuksien takaamiseen.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Psykiatrimäärän tarve tulee suhteuttaa perusterveydenhuollon lääkärimäärään ja perustason psykoterapeuttisten hoitojen saatavuuteen. Erikoislääkärien kouluttamina ja heidän ohjaamina perusterveydenhuolto kykenisi nykyistä paremmin vastaamaan etulinjan tarpeisiin nykyistä kattavammin. Määrällinen tarve liittyy erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen integraatiotasoon. Toimintojen yhteistyö vaihtelee Suomessa huomattavasti, josta koituu psykiatriselle erikoissairaanhoidolle muulla tavalla hoidettavissa olevaa kuormitusta.

Psykiatriapulaa on erityisesti pienemmillä paikkakunnilla ollut jo vuosien ajan ja vaikka tilanne on viimeisen vuoden aikana kääntynyt parempaan esim. lisääntyneen erikoistumishalukkuuden myötä, on eläköitymisen myötä odotettavissa uutta pahenemisvaihetta (Esimerkiksi Itä- ja Pohjois-Suomessa).

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Mikäli perusterveyden huollossa pystytään hoitamaan nykyistä paremmin lievemmin oireilevia psykiatristen potilaita, voi psykiatristen tarve tätä kautta vähentyä.

- Lyhyiden psykoterapioiden yleistyminen hoitoprosesseissa voi vähentää psykiatristen tarvetta, mutta tässä on pullonkaulana psykoterapeuttien määrän vähäisyys ja epätasainen jakautuminen maantieteellisesti.
- Tietotekniikka voi vähentää face-to-face kontaktien määrää lievemmissä häiriöissä, esimerkiksi verkkoterapiat voivat mahdollistaa erikoissairaanhoidon voimavarojen suuntaamista uusiin tehtäviin.
- Hoitosuositusten toteuttamisen suunnittelu ja seuranta kuuluu erikoislääkäriin vastuulle. Tämä vaatisi tulevaisuudessa parempaa resursointia; nykyään niiden toteuttaminen on puutteellista mistä koituu väestölle haittaa.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Nettovaikutus saattaa parhaimmillaan olla lähellä neutraalia, jos erityisesti perusterveydenhuollon kehitystyö tuottaa tulosta. Laadukkaan työn toteuttaminen edellyttää kuitenkin resursointia palvelutarpeiden muuttuessa (maahanmuuttajat, vanheneva väestö, ennaltaehkäisyyn lisääntyvä merkitys, tarve psykiatristen hoitoon somaattisilla aloilla lisääntyy, koska tarpeet ymmärretään nykyistä kattavammiksi yms). Palvelutarpeiden muuttuessa kysyntä voi myös lisääntyä.

Erikoislääkäritarve v. 2030 120 %

Radiologia

Vastaajien nimet: Ritva Vanninen (SRY:n pj)

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Koulutetuista radiologeista merkittävä osa suuntautuu yksityissektorille ja ostopalvelutoimintaan erityisesti yliopistopaikkakunnilla, ja radiologeista on pulaa painottuen julkiselle sektorille ja pienille paikkakunnille. Nuoret radiologit haluavat aiempaa enemmän osa-aikaista työtä. Päivystävissä sairaaloissa tarvitaan etu- ja takapäivystysrenkaat ja erityisalueiden kuten neuroradiologian ja toimenpideradiologian erityisosaamista myös päivystysajalla. Radiologikoulutus on siirtymävaiheessa kun aiempi 5-vuotinen koulutus muuttuu 6-vuotiseksi, lisääntyvää koulutusvirkojen tarvetta yo-sairaaloissa (+ 50 %) ei ole otettu huomioon säästösyistä ja tämä hidastaa tulevaisuudessa valmistumista (fifty-fifty-sääntö).

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

On. Usealla ERVA-alueella on raportoitu radiologipulaa. Pula painottuu pienille keskussairaala- ja alue-sairaalapaikkakunnille sekä perusterveydenhuoltoon siinä määrin, että erikoistuvien radiologien koulutuksen edellytykset vaarantuvat (jos sanelutyö hoidetaan ostopalvelutoimintana ja etätyönä, koulutus ja konsultaatiomahdollisuudet vaikeutuvat). Pääkaupunkiseudulla koulutettavat radiologit jäävät yksityissektorille ja esim. Itä-Suomessa ja Pirkanmaalla on pulaa julkisella sektorilla.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. Erikoissairaanhoidossa kysyntä painottuu aiempaa vahvemmin erikoistutkimuksiin kuten MRI ja TT, joka lisää radiologityövoiman tarvetta.

2. Toimenpideradiologian tarve lisääntyy, esim. akuutin strokeen trombektomiasta saatu vahva näyttö.
3. Päivystysajan vaatimukset radiologialle ja nopealle diagnostiikalle lisääntyvät, tarvitaan etu- ja takapäivystysvalmius ja erityisosaamista kuten neuroradiologia, toimenpideradiologia jne.
4. Radiologin työ muuttuu aiempaa vaativammaksi, radiologisen diagnostiikan piiriin siirtyy aiempaa invasiivista diagnostiikkaa kuten sepelvaltimo-TT ja muu verisuonikuvantaminen, näytteenotto aiempaa useammin kuvantaohjattua ja perkutaanista, funktionaaliset, perfuusio- yms. menetelmät kaikki vievät lisää radiologiaikaa.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää tarvetta.

Erikoislääkäritarve v. 2030 120 %

Reumatologia

Vastaajien nimet: Professori Markku Kauppi

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Reumatologian erikoislääkärin virkoja on maassa liian vähän, ja osa niistä on täyttämättä. Yksityisreumatologit ja jo eläköityneet kollegat "keikkailevat" keskussairaaloissa paikkaamassa erikoislääkäriavajetta. Useimmissa keskussairaaloissa on vain yksi reumatologin virka, ja työpaine on kova. Yhden lääkärin yksiköt ovat kovin haavoittuvia ja kun tuo ainoa reumatologi jää eläkkeelle tai sairauslomalle tms, on uuden erikoislääkärin rekrytointi hankalaa.

Reumatologian asiantuntemukselle olisi selvästi nykyistä enemmän tarvetta, jos resursseja olisi riittäväs-
ti. Reumatologit keskittyvät tällä hetkellä pelkästään tulehduksellisten reumasairauksien hoitoon, mutta alan erikoislääkäreille olisi erityisosaamista myös laajemmin tuki- ja liikuntaelin kipujen, nivelrikon, osteoporoosi sekä vaskuliittien hoidossa. Väestön keski-ikä nousemalla kysyntä tulee lisääntymään.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Alueellista epätasapainoa reumatologiassa on jo tällä hetkellä selvästi. Erikoislääkäreistä on pulaa erityisesti yliopistopaikkakuntien ulkopuolella, mutta myös pääkaupunkiseudulla julkisessa terveydenhuollossa on riittämättömästi reumatologeja väestömäärään nähden. Monessa keskussairaaloissa on vain yksi reumatologi, jonka poissaolo (esim äitiysloma) tai eläköityminen romahduttaa alan palvelut täysin. Alueellisen epätasapainon tilanne siis myös vaihtelee em syistä.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Reumasairauksien lääkehoitomahdollisuudet ovat voimakkaasti kehittyneet viimeisen 10-15 vuoden aikana ja hoitotulokset ovat parantuneet. Pystymme useimmiten saamaan reumaattisen tulehduksen hallintaan ja estämään pysyvien kudosaaurioiden syntymisen. Valitettavasti emme kuitenkaan pysty parantamaan reumasairauksia vaan vain hillitsemään tulehdusta. Niinpä reumasairaat tarvitsevat usein hyvinkin monimutkaisia lääkehoitoja vuosia ja vuosikymmeniä. Monet modernit reumalääkkeet ovat varsin kalliita, mutta tehokkaita. Hoitolinjoiden valinta on vaativaa, kun on huomioitava myös yhteiskunnallinen kustannusvaikuttavuus (ylihoito on kallista, alihoito vammautumisen takia vielä kalliimpaa). Reumatologeja tarvitaan näiden lääkehoitojen linjauksiin, hienosäätöön ja seurantaan.

Nivelrikon ja osteoporoosin hoidossa tapahtuu nyt ja erityisesti lähitulevaisuudessa merkittävää kehitystä. Myös näiden hoitojen linjauksissa reumatologit ovat avainasemassa. Tällä hetkellä julkisessa sairaanhoidossa työskentelevät reumatologit eivät hoida nivelrikkoa. Tulevaisuudessa kehittyvä ja monimutkaistuva nivelrikon lääkehoito tulee vaatimaan nykyistä enemmän reumatogista asiantuntemusta. Reumatologin koulutus antaa hyvät lähtökohdat myös osteoporoosin tehokkaille hoitolinjauksille.

Tuki- ja liikuntaelinkipu on suuri alihoidettu ongelma. Suuremmat reumatologiresurssit antaisivat reumatologeille mahdollisuuden auttaa yleislääkäreitä myös tällä alueella.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Jos reumatologit keskittyvät nykyiseen tapaan lähes pelkästään tulehduksellisten reumasairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon, tulee erikoislääkäritarve lisääntymään maltillisesti (hoidot kehittyvät, monimutkaistuvat ja väestön ikääntyessä potilasmäärä lisääntyy). Nykyinen vaje pitäisi kuitenkin myös kuroa umpeen.

Jos nivelrikon, osteoporoosin ja tules-kivun hoitomahdollisuudet kehittyvät odotusten kaltaisesti, vaatii näiden ongelmia monimutkaisempi hoito merkittävästi lisää reumatologiresursseja. Tällöin reumatologeja pitäisi riittää keskussairaaloitten lisäksi myös perusterveydenhuoltoon.

Erikoislääkäritarve v. 2030 120 % (-150 %, jos vastuuta lisää mm nivelrikossa)

Silmätaudit

Vastaajien nimet: Jukka Mattila, Kai Kaarniranta, Petri Järventausta, Ville Somervuo

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Sairaaloissa kuten Kainuu, Rovaniemi ja Lappeenranta on ollut hankaluuksia saada lääkäri työvoimaa kuntayhtymien omaan tuotantoon. Palvelutuotannon ulkoistuksia on tehty ja silloin myös lääkäri työvoimaa on saatu hankittua myös näille paikkakunnille.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Viimeisten vuosien aikana silmän kostean ikärappeuman hoito on vaatinut runsaasti uusia resursseja ja hoitopolkujen uusimista. Tilanne alkaa olla nyt hallinnassa ja jatkossa tilanne tulee helpottumaan lääkityksen kehittyessä yhä harvemmin annosteltaviin muotoihin. Myös muut makulan alueen sairaudet ovat tässä samassa kehityksessä.

Kaiheileikkausten määrä tulee kasvamaan suurten ikäluokkien ikääntymisen myötä, mutta nykyinen palvelujärjestelmä kykenee huolehtimaan tilanteesta jos organisointi ja hoitopolkujen uudelleen järjestely tehdään mahdolliseksi.

Teknologian kehitys saattaa muuttaa diagnostisten tutkimusten ja seurantojen toteutusta vähentäen tarvetta käydä lääkärin vastaanotolla. Myös etäkonsultaatioiden mahdollisuus esim. silmän pohjaan liittyvistä tutkimuksista, voidaan tehdä jopa muualla kuin Suomessa. Potilaiden omaseuranta lisääntyy. Toisaalta teknologian kehittyminen on lisännyt viimeisten vuosien aikana tehtyjen tutkimusten määrää ja suoritteita erikoissairaanhoidossa.

Teknologian kehitys lisää näön käytön vaatimuksia useissa työtehtävissä ja saattaa vaikuttaa esimerkiksi kaihen leikkauksikriteerien löysyttämiseen.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Silmälääkäreitä on Suomessa jo nyt enemmän kuin monissa muissa Länsi-Europan maissa suhteutettuna väestömäärään. Esim. Ruotsissa n 85/ 1000000. Alankomaat ja Iso-Britannia 30-40/1000000. Silmälääkäriyhdistyksen jäsenmäärä on kasvanut nopeammin kuin Lääkäriliiton luvut ja tehty ennuste antavat ymmärtää. Yksistään vuoden 2015 aikana uusia erikoistuvia on liittynyt jäseneksi 50 henkilöä ja yhdistyksen jäsenmäärä on 793 silmälääkäreä. Tarve ei näkemyksemme mukaan lisäännä huolimatta väestön ikääntymisestä tulevaisuudessa.

Erikoislääkäritarve v. 2030 100 %

Sisätaudit

Vastaajien nimet: Suomen Sisätautilääkäriyhdistys (SSLY), Risto Kaaja (pj)

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Yleissisätautilääkärien tarve pysyy ennallaan tai lisääntyy jkv

Tällä hetkellä erikoistumisvirat ovat täynnä ja yli puolet suppeille erikoistuvista erikoistuu ensiksi yleissisätauteihin. Tämä kehitys on suotavaa myös laajemman sisätautinäkemys saamiseksi ennen suppealle erikoisalalle menemistä mm päivystystilanteiden paremman hallitsemisen vuoksi. Lisäksi yleissisätautilääkäreitä tarvitaan yhä enemmän väestön vanhenemisen vuoksi.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kaikki viisi yliopistosairaala kouluttavat varsin tasapainoisesti oman alueensa sisätautilääkärit

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

- 1) Väestön vanhenemisen vuoksi somaattisten sairauksien yleistäjä tarvitetaan yhä enemmän
- 2) Kansantautien (diabetes, verenpainetauti, MBO, kv-taudit ...) hallinta lisää yleissisätautien tarvetta
- 3) Em sairauksien hoito perusterveydenhuollossa toimisi parhaiten yleissisätautilääkärien virkojen perustamisella terveyskeskuksiin (tai keskussairaaloiden erikoislääkärien "jalkautumisella")
- 4) Monien tautien hoito (esim reuma) on tullut monimutkikkaammaksi ja kalliimmaksi ja vaatii suppean erikoisan osajien lisäksi yleissisätautilääkärien panoksen lisäämistä

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää

Erikoislääkäritarve v. 2030 120 %

Suu- ja leukakirurgia

Vastaajien nimet: DOS, EL Risto Kontio, EL Patricia Stoor

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Jo nyt suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkäreiden ja -lääkäreiden tiheys on alhaisinta EU mais-
sa. 1 suu- ja leukakirurgi n. 30000 asukasta kohden. Luku pitäisi olla lähellä 1/ 10000 UEMS suosituksen
mukaan.

Sote uudistuksen myötä tarve kasvaa. Suu- ja leukakirurgien tarve ja osaamistaso on jatkossa riippuvai-
nen työskentelypaikasta. 15 sotepiirin alueella tarvitaan suukirurgian erikoishammaslääkäreitä laajojen
potilasryhmien (mutta helppoja toimenpiteitä) hoitoketjussa. 5 yliopistosairaalan alueella tarvitaan huip-
puosaajia, leukakirurgian erikoislääkärit, suppeiden mutta vaativien hoitojen toteuttamiseksi

**Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimääräs-
sä suhteessa palvelutarpeeseen?**

Merkittävä epätasapaino on pohjoisen ja eteläisen Suomen välillä

**Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalal-
lanne/painotusallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja peruste-
lut vastauksellenne.**

Väestö vanhenee ja hampaallisten potilaiden osuus lisääntyy; Suusairauksien hoito on parantunut ja
kulttuuri suuterveysten osalta parantunut

Suun alueen kasvainten osuus on nousussa, osittain väestön vanhenemisen vuoksi

Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa on parantunut, terveydenhoitomenojen säästöjen vuoksi

Suusairauksien ympärivuorokautisen päivystyksen tulo terveydenhuoltoon

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Muutokset lisäävät sekä erikoislääkäri-, että erikoishammaslääkäritarvetta. Jatkossa pitäisi kouluttaa sekä
leukakirurgian erikoislääkäreitä että erikseen myös suukirurgian erikoishammaslääkäreitä

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030

200 %

Erikoishammaslääkärien osuus

n. 50 % - 60 %

Sydän- ja rintaelinkirurgia

Jari Laurikka on tehnyt vuonna 2014 Thoraxkirurgiyhdistykselle kartoituksen, joka tulokset on huomioi-
tu selvityksessä. Kartoituksessa oli mukana 71 thoraxkirurgiaa tekevän lääkärin tiedot. Sen mukaan
koulutus riittää turvaamaan eläkepoistuman, jos erikoislääkärit liikkuvat alueiden välillä. Halukkaita alan
koulutukseen on paljon, joskin koulutusaika voi erityisosaamisalueiden hallinnan hankkimiseksi venyä
nimellistä koulutusaikaa pidemmäksi. Alan tulevaan erikoislääkäritarpeeseen liittyy epävarmuustekijöitä,
jotka riippuvat yliopisto- ja keskussairaaloitten työvoimatarpeen kehittymisestä.

Syöpätaudit

Vastaajat: Suomen Onkologiyhdistyksen hallitus

**Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja
palvelujärjestelmän tarpeita?**

Ei. Syöpäpotilaiden määrä lisääntyy jatkuvasti ja hoidot monimutkaistuvat, tälläkin hetkellä pullaa syö-
pälääkäreistä ja eläköityminen juuri suuressa määrin alkamassa, koska suhteellisen nuori erikoisala

**Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suh-
teessa palvelutarpeeseen?**

vrt yllä, lisäksi Helsinkiä lukuun ottamatta kaikki lääkärit kuntasektorin viroissa, ei yksityislääkäreinä

**Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on
viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.**

nopeammin kehittyvä lääketieteen erikoisala (JAMAN mukaan); uudet immunologiset hoidot, sädehoito-
tekniikat, eri hoitojen yhdistelmät, molekyyli diagnostiikka

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

lisää huomattavasti, myös vanhemmat ikäluokat entistä hyväkuntoisempia, jolloin syöpää voidaan aktii-
visesti hoitaa usein keinoin

Erikoislääkäritarve v. 2030

150 %

Työterveyshuolto

Vastaajien nimet: Jari Stengård

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Työterveyshuollon erikoislääkäreiden vakansseja on vaikea saada täytettyä. Työterveyslääkärin työtä tekevät ns. pätevoittävän kursin käyneet (voivat toimia työterveyshuollossa <20h/vk) ja erikoistumisohjelmaan ilmoittautuneet lääkärit (lain mukaan hekin voivat toimia työterveyslääkäreinä), joilla ei kuitenkaan ole aikomusta suorittaa opintojaan loppuun. Työterveyshuollossa tarvitaan paljon erityisosaamista, jota em. lääkäreillä ei ole ja jonka saa vain erikoistumisjakson aikana. Monet em. lääkärin työ onkin työterveyshuoltopainotteista sairausvastaanottoa, jonka osuus on ylikorostunut nykytilanteessa.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä! Paras tilanne on OYS erva alueella, jossa työllisten määrä yhtä työterveyshuollon erikoislääkäriä kohden on pienin, noin 15 % pienempi kuin TYKS erva alueella, jossa tilanne on huonoin. Prof. Kimmo Räsänen, suullinen tiedonanto.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Lääketieteellistä kehitystä enemmän työterveyshuollon erikoislääkäritarpeeseen vaikuttaa lainsäädäntö, joka määrittelee työterveyshuollon lakisääteiset tehtävät ja palvelutarpeen. Työelämän kehitys myös vaikuttaa tarpeeseen, uudet työmenetelmät tuovat uusia altisteita/vaaratekijöitä (mm. nanomateriaalit ja psykososiaaliset kuormitustekijät), joiden tunnistaminen ja niiden aiheuttamien terveysuhkien ehkäisy vaatii erikoislääkäritasoisia osaamista.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Em. kehitys ja tuleva SOTE ratkaisu saattavat vähentää muiden kuin erikoislääkäreiden tarvetta työterveyshuollossa, jos sairaanhoito hoituu perusterveydenhuollossa. Erikoislääkäreiden terve todennäköisesti lisääntyy 25 %:lla eli tarve voisi olla vähän yli 1000 erikoislääkäriä nykyisen noin 800 sijasta

Erikoislääkäritarve v. 2030 100 % + 25 %

Urologia

Vastaajien nimet: Sirpa Aaltomaa

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Keskussairaالاتasolla pula urologeista

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Suurissa kaupungeissa on riittävästi urologeja, pienemmissä ei ole työvoimaa

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Hoidamme ikääntyvien ihmisten tauteja, väestö vanhenee

Hoitokäytännöt aktivoituvat, ts iäkkäämmätkin ja sairaammatkin ovat hoidossa/kontrolleissa

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää

Erikoislääkäritarve v. 2030 110 %

Yleiskirurgia

Vastaajien nimet: Suomen yleiskirurginen yhdistys (siht. Jaakko Keränen)

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Keskussairaaloiden takapäivystykseen ei ole riittävästi esim. gastrokirurgeja ja verisuonikirurgeja. Yleiskirurgeja tarvitaan keskussairaaloiden päivystysvalmiuden säilyttämiseksi. Keskussairaaloissa ei taas toisaalta ole päiväaikaan riittävästi elektivistä kirurgiaa ja muuta työtä esim. kovin monelle verisuonikirurgille mutta yleiskirurgeille on löytyy laajasti erilaisia työtehtäviä.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Merkittävä alueellinen epätasapaino yleiskirurgien tarpeessa on yliopistopaikkakuntien ja pääkaupunkiseudun ulkopuolella.

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1) Rintasyöpäkirurgia on kehittynyt moniammatilliseksi ryhmätyöksi kirurgin, radiologin, patologin ja onkologin kesken. Hoitovaihtoehdot ovat muuttuneet ja monipuolistuneet nopeasti viime vuosien aikana hyvin potilaskohtaisiksi (esim. suhtautuminen kainaloevakuaatioon, esteettinen puoli lopputuloksessa ja kaikki uudet syövän liittämissä hoidot riippuen syövän patologisesta luokituksesta). Plastiikkakirurgi ei pysty/ei ehdi/ei voi vastata rintasyöpäpotilaan koko hoitoketjusta. Yleiskirurgin työnkuva on vastata rintasyöpäpotilaan kokonaisuudesta.

2) Tyräkirurgiaa tehdään yhä enemmän tähytyskirurgisesti. Tämä vaatii yhä enemmän erikoistumista tyräkirurgiaan.

3) Onkologinen kirurgia kehittyy ja tarve lisääntyy väestön vanhentuessa ja eläessä pitempään. Onkologiseen yleiskirurgiaan perehtyneiden kirurgien tarve kasvaa (rintasyöpä, suolistosyövät, ihosyövät, kilpirauhassyöpä).

4) Johtuen yleiskirurgivajeesta osassa sairaaloita korvalääkärit ovat alkaneet leikkaamaan kilpirauhas-syöpää.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää, erityisesti yliopistopaikkakuntien ja pääkaupunkiseudun ulkopuolella.

Erikoislääkäritarve v. 2030 117,6 %

Yleislääketiede

Vastaajien nimet: Pekka Honkanen

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Suuremmilla paikkakunnilla ja muuttovoittoisilla paikkakunnilla virkamäärä ei ole riittävä. 2) Suuri osa terveyskeskusten vakinaisistakin lääkäreistä on erikoistumattomia, siis eivät ole päteviä hoitamaansa virkaan. Heidän tilalleen on saatava yleislääketieteen erikoislääkärit.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Ks. edellinen vastaus. Suuret paikkakunnat ja muuttovoittoiset alueet,

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Erikoissairaanhoito pirstaloituu ts. isot spesiaali-erikoistumukset jakaantuvat pienempiin subspesialiteetteihin.

Kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt, jolloin väestön ikääntymien myötä krooniset sairaudet ovat lisääntyneet, jolloin toimintakyvyn säilyttäminen on tullut keskeiseksi hoidon tavoitteeksi.

Multimorbiditeetti on tullut samasta syystä keskeiseksi tekijäksi.

Potilaiden mahdollisuudet tehdä itse diagnostisia testejä, ml. geenitestit lisääntyvät, jolloin tarvitaan kokonaisuuden hallitsevia yleislääkäreitä.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää huomattavasti ja lisää myös vaatimuksia ammatillisesta osaamisesta.

Erikoislääkäritarve v. 2030 200 %

Erikoishammaslääkärikysely

Kliininen hammashoito/Kariologia ja endodontia s. 121

Kliininen hammashoito/Lasten hammashoito s. 121

Kliininen hammashoito/Parodontologia s. 122

Ortodontia s. 123

Protetiikka ja purentafysiologia s. 123

Radiologia s. 124

Suupatologia s. 125

Suu- ja leukakirurgia s. 126

Terveystenhuolto s. 126

Kariologia ja endodontia

Vastaajien nimet: Irma Jakkula

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Hampaiden kariotuminen ja hammasinfektiot ovat lisääntyvä "kansantauti", kun omat hampaat omaava väestö ikääntyy ja tulee huonokuntoisemmaksi ja jopa laitostuu enenevässä määrin ja tulee myös yhä vaikeahoitoisemmaksi. Lasten ja nuorten hammasterveys myös tietyissä ryhmissä huononee entisestään.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Pohjois-Suomessa ja myös Itä-Suomessa on erityisen vähän alamme erikoishammaslääkäreitä ja yksittäisten potilaiden matkat kariologian ja endodontian erikoishammaslääkäreiden hoitoon ovat todella pitkät.

Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalalanne/painotusallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. Oman hampaan elinkaaren pidentämisessä kariologian ja endodontian osalla ovat tulleet käyttöön kliinisessä työssä erilaiset biomateriaalit mm hampaan pulpan kattamisessa, erilaisten kruunun ja juuren perforaatioiden korjauksissa, lasten ja nuorten hammastraumahampaiden apektifikaatioissa ja juuri-täytöissä, resektioissa katkaistun juurenkärjen tulppana-tulokset biomateriaalien käytöstä ovat hyviä myös kliinisesti.
2. Mikroskoopin käytön yleistymisen-pystytään tekemään hyvässä valaistuksessa ja näköyhteydessä vaikeisiin kohtiin mm hampaiden perforaatioiden korjauksia ja juurihoitoja.
3. Mikrokirurgiset välineet resektioissa-hoitotulokset ovat parantuneet näiden ahtaisiin kohtiin ulottuvien puhdistavien ja preparoivien instrumenttien ansiosta
4. Endomootoreiden tulo juurihoitoihin ja erilaisten juurihoitovälineiden käyttötekniikka- tarvitaan erikoishammaslääkäreiden antamaa koulutusta
5. Kariologiaan ovat tulleet erilaiset kariesin diagnosointivälineet-pystytään diagnosoimaan helpommin kovan kiilteen alla piilevää dentiinikariesta lapsilla ja nuorilla

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Ko. kehitys lisää ehdottomasti erikoishammaslääkäritarvetta mm kouluttajina ja erilaisissa hoitoyksiköissä sekä yksityisissä että julkisissa alan erikoisosastoina ja muun työyhteisön sparraajina

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030	200 %
Erikoishammaslääkärien osuus	30 %

Klininen hammashoito/Lasten hammashoito

Vastaajien nimet: Jaoston hallituksen puolesta pj. Heikki Alapulli

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Lasten suun ongelmia ymmärtävien ja lapsipotilaita hoitaa osaavien hammaslääkäreiden määrä on vähenemässä.

Viimeisen 20 vuoden aikana on tapahtunut useita muutoksia terveyskeskuksen järjestämässä suun terveydenhuollossa. Koko väestö on nykyisin hoidon piirissä eli kaikki hammaslääkärit hoitavat sekä lapsia että aikuisia. Lasten hammashoidon tehtäviä on samalla siirretty hammaslääkäreiltä hoitohenkilökunnalle. Tämän vuoksi aikaisemmin terveyskeskuksissa hammaslääkärit hoitivat enemmän lapsia ja heistä useista kehittyi työn kouluttamina taitavia hammaslääkäreitä lapsia hoitamaan. Nyt tällaista "työpaikkakoulutusta" ei enää samassa määrin tapahdu ja aiemmat peruskoulutetut osaajat ovat jäämässä eläkkeelle. Lasten hammashoidon erikoisala on Suomessa nuori, sillä erikoisalan ensimmäinen professori tuli Suomeen 1998 (HY) ja erikoistumiskoulutusta on ollut vuodesta 2004 lähtien. Helsingin yliopisto on sittemmin jäädyttänyt professuurin, kun viranhaltija jäi eläkkeelle. Hammasterveydeltään paremmassa, mutta yhteiskunnaltaan melko samankaltaisessa Ruotsissa tilanne on toinen, sillä erikoisalan historia alkaa vuodesta 1963. Vuonna 2008 Ruotsissa oli lasten hammashoidon erikoishammaslääkäreitä terveyskeskuksissa, sairaaloissa ja yliopistoissa yhteensä 81. Yhden viran väestöpohja oli noin 34 000 alle 20-vuotiasta. Vastaavien perusteiden laskien Suomen terveyskeskuksissa olisi työskennellyt 35, ja sairaalat ja yliopistot mukaan lukien 45 lastenhammaslääkärinä. Suomen Hammaslääkäriliiton selvityksen mukaan Suomessa oli 11.11.2015 kahdeksan (8) lasten hammashoidon erikoishammaslääkärinä. Suomen hammaslääkäriliiton kyselyssä klinikoille vuonna 2012 lasten hammashoidon erikoishammaslääkäreiden puute tuli myös selvästi esille.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Erikoishammaslääkäreitä on eniten pääkaupunkiseudulla, jossa on ollut alan ainoa professuuri sekä akkreditoitu koulutusohjelma (EAPD 2011–2017). Kaikissa yliopistosairaaloissa ja muutamassa yksittäisessä terveyskeskuksessa on alan erikoishammaslääkäri. Suurimmasta osaa Suomea lasten hammashoidon erikoishammaslääkäripalvelut puuttuvat.

Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalalanne/painotusallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. lasten hammassairauksien polarisoituminen (pienellä joukolla lapsia on entistä vaikeampia suusairauksia)
2. lasten hammashoitojen monimutkaistuminen (kustannustehokkaat hoitomuodot, vakavasti sairaiden lasten elinennusteen parantuminen, ulkomaalaistaustaisten lasten osuuden kasvaminen ja perheiden sosio-ekonomisten ongelmien vaikeutuminen lisäävät kaikki erikoistason osaamisen tarvetta)
3. terveyskeskusten resurssien kohdentuminen aikuisiin ja peruskoulutetun hammaslääkärin vähäinen työskentely lasten kanssa (hammaslääkärin taito hoitaa lapsipotilaita on katoamassa)
4. yhteistyö sosiaalisen ja poliisin sekä oikeuslaitoksen kanssa on lisääntynyt, kun lasten kaltoinkohdeltuun on alettu suhtautua myös suun terveydenhuollossa vakavasti

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää huomattavasti.

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030	500 %
Erikoishammaslääkärien osuus	30 %

Kliininen hammashoito/Parodontologia

Vastaajien nimet: Eija Könönen

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Parodontologian erikoishammaslääkäreitä eläköityy lähivuosina runsaasti, eikä valmistuvien määrä (3/v.) riitä kattamaan tätä poistumaa.

Parodontiittia esiintyy Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan yli 60 %:lla aikuisikäisestä väestöstä. Vaikeasteista tautia, joka useimmiten edellyttää spesialititsoista hoitoa, sairastaa n. 15 % suomalaisaikuisista. Myös hammasimplanteihin liittyvät infektiot ovat yleistyneet, ja niistä peri-implantiitin hoito edellyttää parodontologin suorittamia vaativia toimenpiteitä.

Yhteenvetona voi todeta, että parodontologian alan erikoishammaslääkäreitä tarvitaan jatkossa enemmän.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Suurin osa erikoishammaslääkäreistä on keskittynyt erityisesti eteläisen Suomen kasvukeskuksiin, kun taas maakunnissa on kova tarve erikoishammaslääkäritasoiselle osaamiselle.

Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalalanne/painotusallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Väestön ikääntyminen: Ikääntyvillä on yhä useammin omia hampaita/implanteja suussaan, jolloin myös parodontologisen hoidon tarve kasvaa..

Hammaspuutosten korvaaminen implanteilla: Muualla Euroopassa sekä Amerikassa parodontologit vastaavat huomattavassa määrin yksittäisistä implanttihoidoista, ja tämä toimintatapa olisi tarpeen myös Suomessa. Nyt parodontologit ovat vastuussa lähinnä hammasimplanttien biologisten komplikaatioiden hoidoista.

Diabetes ja ylipaino/lihavuus lisääntyy väestössä: nämä ovat kaksi suurta parodontiitin riskiryhmää.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Parodontologian erikoishammaslääkäritarve kasvaa

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030	150 %
Erikoishammaslääkärien osuus	35 %

Ortodontia

Vastaajien nimet: Raija Kiuru-Skyttä, Jarkko Vuoriluoto, Rekina Karhulahti, Anu Kiukkonen, Reeta Varho

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Mm. hoitokriteeristön mukainen potilasseulonta velvoittaa julkisen sektorin hoitamaan myös aikuisia, mikä lisää erikoishammaslääkäreiden tarvetta.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä

Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalalanne/painotusallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Ennaltaehkäisy, diagnoosin ja suunnittelun merkitys erikoishammaslääkärin työssä korostuu.

Moniammatillisuus korostuu niin hammaslääketieteen erikoisalojen kuin lääketieteen alojen välillä (esim. lasten oikomishoidot uniapnean ennaltaehkäisyä, varsinaisen uniapnean hoito).

Ns. apuokojien merkitys työn suorittajina on suuri.

Oikomishoidon koulutus ei saa olla sidoksissa markkinavoimiin (alan firmojen tarjoama 'koulutus').

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää.

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030	200 %
Erikoishammaslääkärien osuus	25 %

Protetiikka ja purentafysiologia

Vastaajien nimet: Jaoston hallitus (Nina-Li Avellan, Jari Levänen, Minna Penttala, Minna Kyllönen, Erja Tolvanen, Petri Tiilikainen)

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä. Idässä huono tilanne. Lappi on ollut kauan heikoilla, mutta tilanne lieenee parantumassa. Etelässä riittävästi erikoishammaslääkäreitä. Koulutuspaikkakunnilla perinteisesti hyvä tarjonta ehl-palveluissa. Joten valtakunnallisesti proteettisia ja purentafysiologisia erikoishammaslääkäripalveluja on kutakuinkin riittävästi, mutta alueellisia ja hoidon toteuttamipaikkaan liittyviä (julkinen/yksityinen hoitotaho) eroja tulisi kaventaa uudenaikaisilla järjestelyillä. Yksityinen sektori kaupungeissa pystyisi tarjoamaan erikoishammaslääkäritasoisia palveluja huomattavasti enemmän kuin mitä on tällä hetkellä kysyntää. Potilaiden/kuntien yms. taloudelliset seikat kuitenkin rajoittavat tarpeellisen hoidon toteuttamista, mm. aikuisen väestön hammasproteettista hoitoa ei korvata lainkaan sairausvakuutuksessa. Paine siirtyä käyttämään terveyskeskusten hoitopalveluja tässä taloustilanteessa on kova, mutta protetiikan erikoishammaslääkäreiden/osaajien puute terveyskeskuksessa kuitenkin muodostaa esteen potilaan proteettiselle hoidolle. Toisaalta terveyskeskuksissa ei ole virkoja proteetikoille ja vaikka olisikin, niin harvalla proteetikolla on motivaatiota työskennellä pääsääntöisesti terveyskeskuksissa erikoishammaslääkärinä vallitsevilla toimenpidepalkkioilla, koska protetiikan osalta toimenpidepalkkiojärjestelmä on "lapsenkengissä". Käytössä olevat protetiikan koodit toimenpidepalkkioineen ovat suppeat ja vanhentuneet eivätkä toimi tämän vuoksi luontevasti osana kokonaispalkkaa. On paljon proteettisia töitä, jotka eivät vaadi ehl-tasoisista osaamista ja soveltuisivat tehtäväksi terveyskeskuksessa perushammaslääkärin toimesta (työt jossa ei tarvitse muuttaa purentaa: endokruunut, yksittäiset sillat ja kruunut, osaproteesit, sekä kokoproteesit jne.), mutta koska äsken mainituista syistä työ ei taloudellisesti ole kannattavaa tai taidot ovat ruostuneet, niin nämä proteettiset työt jäävät tekemättä ja ne lasketaan tilastoihin siten ettei potilaan proteettinen hoito ole toteutunut ehl-puutoksen vuoksi.

Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalalanne/painotusallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. Implanttihoidot ovat lisääntyneet, joten vaativien implanttihoitojen korjaamisen ja huoltamisen tarve lisääntyy.

2. Yleinen hammaslääketieteellinen kehitys sekä tietoisuus suun infektiofocusten merkityksestä yleisterveyteen lisää terveyskäyttäytymistä väestössä. Hampaattomuus on vähentynyt vanhemmissa ikäluokissa parempien hoitomenetelmien ja terveyskasvatuksen myötä ja kiinteiden proteettisten hoitojen tarve lisääntyy. Irtoproteetikankaan tarve ei ole kuitenkaan hävinnyt vaan irtoproteeseja joudutaan tekemään entistä haastavampiin tilanteisiin potilaille, jotka ovat iäkkäitä ja /tai olleet pitkään hampaattomina.
3. Digitaaliset järjestelmät (kuvauslaitteet, KKTT, digitaalinen suunnittelu, CAD/CAM) ovat muuttamassa perinteisen protetiikan keinoja esimerkiksi implanttisuunnittelun osalta.
4. Proteettis-kirurgiset menetelmät, missä erilaiset luun ja pehmytkudosten regeneraatiot mahdollistavat kiinteän protetiikan tilanteisiin, joihin aikaisemmin tehtiin irtoproteettiikkaa.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lääketieteellinen kehitys ei varsinaisesti lisää erikoishammaslääkäreiden tarvetta, sillä proteettista kapasiteettia on tälläkin hetkellä ylimäärin yksityissektorilla, jossa joudutaan tekemään myös perushammaslääkäritasoisia toimenpiteitä tyhjen aikojen täyttämiseksi. Implanttihoidot ja hampaattomuuden vähentyminen lisää potilaspainetta terveyskeskuksissa, kun potilaiden/kuntien taloudelliset seikat rajoittavan tarpeellisen hoidon toteuttamista yksityispuolella. Eläkeläisillä tulot vähenevät ja heitä ilmestyy terveyskeskusten hoitojonoihin vaikka korjaamista vailla olevat implanttirakenteet ja sillat ovat yksityissektorilla tehty ja omalta yksityishammaslääkäritäkin löytyisi tyhjää vastaanottoaika. Laajat kiinteät proteettiset työt edellyttävät säännöllistä seurantaa (omalla yleishammaslääkärillä) ja tästä laistaminen saattaa johtaa suuriinkin korjaustoimenpiteisiin ja rakenteiden menettämiin. Kela-korvauksien leikkaaminen johtaa tiettyjen potilasryhmien laistamiseen ylläpitohoidosta, joka lisää tarpeetonta työtä ja kustannuksia. Digitaaliset menetelmät tukevat hoidon suunnittelua, joita voivat käyttää kaikki hammaslääkärit työssään. Laitteiden kalleuden vuoksi ne keskittyvät suuriin yksiköihin.

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030:

100, tällä hetkellä meitä on oikea määrä 100 %, kunhan huolehditaan työvoiman ja työmäärän tasaisemmasta jakautumisesta sekä reagoidaan eläkepoistumaan ajoissa lisäämällä tässä suhteessa koulutettavien määrää.

Erikoishammaslääkärien osuus

15 %

Radiologia

Vastaajien nimet: hallituksen puolesta Anni Suomalainen, jaoston puheenjohtaja 20.11.2015

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Uusien kuvantamismenetelmien mm. kartiokeilatietokonetomografia eli KKTT-tutkimusten käyttöön-otto on lisännyt suurradiologitarvetta.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Yliopistokaupunkien alueella tarjontaa on eniten, mutta näilläkin alueilla julkisen puolen virkoihin /toimiin on ollut hankala saada hakijoita.

Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalalanne/painotusallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

- digitaalinen kuvantaminen
- KKTT
- kliinisen auditoinnin vaativa toiminta
- Suurradiologien työskentely sairaaloissa ja eri kuvantamismenetelmien laaja-alainen hallinta lisää koulutustarvetta.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Lisää selvästi. Mm. KKTT-tutkimusten lausuminen tulisi olla suurradiologien/radiologien alaisuudessa. Tämä olisi myös työnjaon kannalta parasta. Suurradiologien työskentely yliopistollisissa / keskussairaaloissa tullee lisääntymään ja lisää myös koulutustarvetta.

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030

N. 40 henkilöä.

Erikoishammaslääkärien osuus

Vähintään 30 %.

Suupatologia

Vastaajat Jaana Rautava, Stina Syrjänen, Tuula Salo.

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkäritilanne Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tavoitteita?

Ei. Suupatologeja tarvitaan sekä tekemään kliinistä patologiaa, suulääketiedettä että akateemiseen opetukseen kuin erikoishammaslääkärikouluttajiksi. Suupatologeja on tällä hetkellä Suomessa työssä 9 ja jokaiseen Yliopistoon tarvittaisiin vähintään kaksi suupatologia opetukseen, jotka osin voivat tehdä patologiaa/suulääketiedettä, mutta tämän lisäksi tarvittaisiin erityisesti patologiaa tekeviä. Jos jokaisessa yliopistokaupungissa olisi 2,5 suupatologia (2 yliopistossa ja 0,5 erikseen sairaalatyössä), lukumäärä tulisi olla 10. Tämän lisäksi keskussairaalat, erityisesti Tampereen seutu, on tuonut esille tarvetta suupatologille, jolloin puhutaan 1-2 henkilöstä lisää.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Suupatologeja on tällä hetkellä Turussa, Helsingissä, Oulussa ja Kuopiossa. Erityisesti Keski-Suomen suuret keskussairaalat ovat ilmaisseet tarpeensa suupatologeista. Suupatologeja tarvitaan myös yksityissektorille palvelemaan yksityisen puolen hammaslääkäreitä.

Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

1. suupatologi on viime vuosina ymmärretty osaksi sairaalan patologien ”subspesialiteetiksi”, koska lääkäritautistaisilla patologeilla ei ole oppia ja ymmärrystä hammaslääketieteen spesifeistä kysymyksistä ja hoitotoimenpiteistä, jotka vaikuttavat suun muutosten patologiseen kuvaan. Vuonna 2015 HUSLABiin perustettiin ensimmäisenä Suomessa patologian erikoislääkärin virka suupatologiaan (dos Jaana Hagströmille). Hammaslääkärit toivovat lausunnot suupatologilta, jolla on nimenomaan näkemys suun ja leukojen sairauksista.
2. patologian alan kehittyvät ja lisääntyvät erikoistutkimukset ja niihin liittyvä kuvantaminen (esim. molekulaarinen patologia)
3. suusta ja leuoista otettujen kudospäätteiden määrä on kasvanut viime vuosina, jolloin suupatologisten lausuntojen määrät kasvavat. Terveys 2000 arvion mukaan, joka viidennellä aikuisella suomalaisella on suun limakalvomuuutos. Hammaslääkärien koulutus sisältää käytännön opetuksen ja harjoittelun suunäytteiden ottamiseksi, mikä on johtanut oikeaan kehitykseen, niin että mm. suun kroonisista muutoksista/haavaumista otetaan kudospäätteet oikean diagnoosin saamiseksi.
4. Väestörakenteen vanhetessa suun muutokset lisääntyvät ja kudospäätteiden ottotarve ja suulääketieteen osaamisen tarve lisääntyy. Myös suuontelon syöpä on lisääntymässä ja tämä nopeasti etenevä aggressiivinen sairaus todetaan edelleen liian myöhään, jolloin potilaan ennuste on huono (noin 50% menehtyy 5-vuoden sisällä). Lisääntynyt maahanmuutto tuo lisäksi uusia etnisiä ryhmiä, joilla esiintyy aiemmin Suomessa harvemmin todettuja epätyypillisiä suun ja leukaluiden muutoksia ja sairauksia, mikä omalta osaltaan lisää suupatologien työmäärää ja tiedon tarvetta.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Kuten yllä selvitetty, tarve olisi nyt minimissään n 12 työskentelevää suupatologia, mutta tämä tarve on lisääntymässä noin 15 suupatologiin.

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030

Erikoishammaslääkärien osuus -

15 kpl

Kaikki suupatologit ovat ehl. Suun limakalvosairauksien osalta peruskoulutettujen hammaslääkärien tulee osata hoitaa tavallisimmat suun limakalvosairaudet. Tämä kuitenkin yleensä aina edellyttää muutoksen kuvantamisen ja diagnostiikan kudospäätteen otton, mikä lisää suupatologien työmäärää.

Suu- ja leukakirurgia

Vastaajien nimet: Kari Konki, Marina Kolkka-Palomaa, Tanja Ketola-Kinnula, Markku Surakka, Aimo Miettinen, Ritva Häyrynen-Immonen

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoislääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?
Kyllä

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoislääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Ei

Minkälaista erikoislääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Koko väestö on tullut hoidon piiriin ja sitä kautta vaatimukset yleissairauksien ja erilaisten lääkkeiden sivuvaikutusten ymmärtämiseen ovat kasvaneet. Tästä johtuen myös vaatimukset hoitopaikan suhteen ovat koventuneet.

Monisairaat vaativat monitorointia ja yön yli vuodeosastoseurantaa polikliinistenkin kirurgisten toimenpiteiden jälkeen.

Myös väestön ikääntyminen yleisesti ottaen luo samankaltaisia tarpeita lääketieteelliseen osaamiseen.

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne lääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Ei ainakaan vähennä.

Erikoislääkäritarve v. 2030

100 %

Terveysdenhuolto

Vastaajien nimet: Helena Salusjärvi-Juopperi, Minna Kinnarinen, Pauliina Hietasalo, Tiina Joensuu, Merja Auero, Marja-Liisa Laitala, Arja Liinavuori

Vastaako alanne tämänhetkinen erikoishammaslääkärimäärä Suomessa käsityksenne mukaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita?

Ei. Terveysdenhuollon erikoishammaslääkärien lukumäärä vähenee noin 15 % seuraavan 10 vuoden aikana – samaan aikaan, kun koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä uudistetaan. Terveysdenhuollon erikoishammaslääkärit ovat johtamisen, hammaslääketieteellisen kokonaissubstanssin, epidemiologian, kansanterveystieteen ja terveystaloustieteen asiantuntijoita. Nykyiset terveysdenhuollon erikoishammaslääkärit ovat tai ovat olleet sijoittuneina suun terveysdenhuollon johtamis-, koulutus- ja asiantuntijatehtävien lisäksi mm. seuraaviin tehtäviin: aluehallintoviraston yksikön päällikkö, terveysjohtaja, apulaiskaupunginjohtaja, toimialajohtaja, THL:n kehittämispäällikkö ja KELA:n asiantuntijahammaslääkäri. Tätä laaja-alaista osaamista tarvitaan entistäkin enemmän, kun kehitetään uutta sote-toimintaympäristöä, jossa tavoitteena on järjestää ja tuottaa suun terveysdenhuollon palvelut kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti kiinteänä osana muita sote-palveluja. Terveysdenhuollon erikoishammaslääkäreitä tarvitaan jatkossakin eri sektoreilla asiantuntijoina, tutkijoina, kouluttajina ja johtajina.

Onko alallanne tällä hetkellä merkittävää alueellista epätasapainoa erikoishammaslääkärimäärässä suhteessa palvelutarpeeseen?

Kyllä. Viiden sairaanhoitopiirin alueella ei työskentele yhtään terveysdenhuollon erikoishammaslääkärinä, 30 % heistä työskentelee HUS:n alueella. Erikoissairaanhoidossa työskentelee tällä hetkellä vain yksi terveysdenhuollon erikoishammaslääkäri. Terveysdenhuollon erikoishammaslääkärien laaja-alaista johtamisosaamista tulisi voida hyödyntää jokaisella tulevalle sote-alueella.

Minkälaista erikoishammaslääkäritarpeeseen vaikuttavaa lääketieteellistä kehitystä erikoisalallanne/painotusallallanne on viime vuosina tapahtunut? Mainitkaa 4 tärkeintä muutosta ja perustelut vastauksellenne.

Terveysdenhuoltoon esitetyt muutokset

1. Hallituksen esityksen mukaisesti terveysdenhuoltoa järjestävien organisaatioiden koko kasvaa huomattavasti järjestävän tahon muuttuessa kunnilta sote-alueille.

• johtamisen osaavia, siihen sitoutuvia ja substanssialan kokonaisvaltaisesti tuntevia asiantuntijoita tarvitaan kaikilla toiminnan tasoilla ja sektoreilla

2. Terveysdenhuollon rahoitus muuttuu yksikanavaiseksi

• palvelujen järjestäjätahossa suun terveysdenhuollon laaja-alainen asiantuntijuus tulee olla edustettuna palvelujen tuotantotapoja määriteltäessä

3. Taloustilanne edellyttää toiminnan tehostamista

• kokonaisterveyshyöty on osattava ottaa huomioon

• terveysdenhuollon kansainväliset ja kansalliset mallit toiminnan tehostamisessa osattava soveltaa suun terveysdenhuoltoon sopiviksi

4. Erikoishammaslääkärien koulutus on asetusmuutoksen myötä siirtynyt palvelujärjestelmään eikä yliopistoissa ole enää vuonna 2016 yhtään koulutusvirkaa/tointa/tehtävää

- koulutuksen kokonaisvaltaiseen organisointiin ja johtamiseen tarvitaan terveydenhuollon erikoishammaslääkärien asiantuntijuutta
- klinisten alojen erikoishammaslääkärien osaamiselle suurta tarvetta oman erityisalan klinisiin tehtäviin, toiminnan kehittämiseen sekä opettamiseen

Vähentääkö vai lisääkö ko. kehitys alanne erikoishammaslääkäritarvetta tulevaisuudessa?

Terveydenhuollon erikoishammaslääkärien tarve suhteessa väestöön pysyy samana tai kasvaa jonkin verran.

Erikoishammaslääkäritarve v. 2030

106 % (Väestö kasvaa noin 5,4 % vuoteen 2030 mennessä)

Erikoishammaslääkärien osuus

25 %